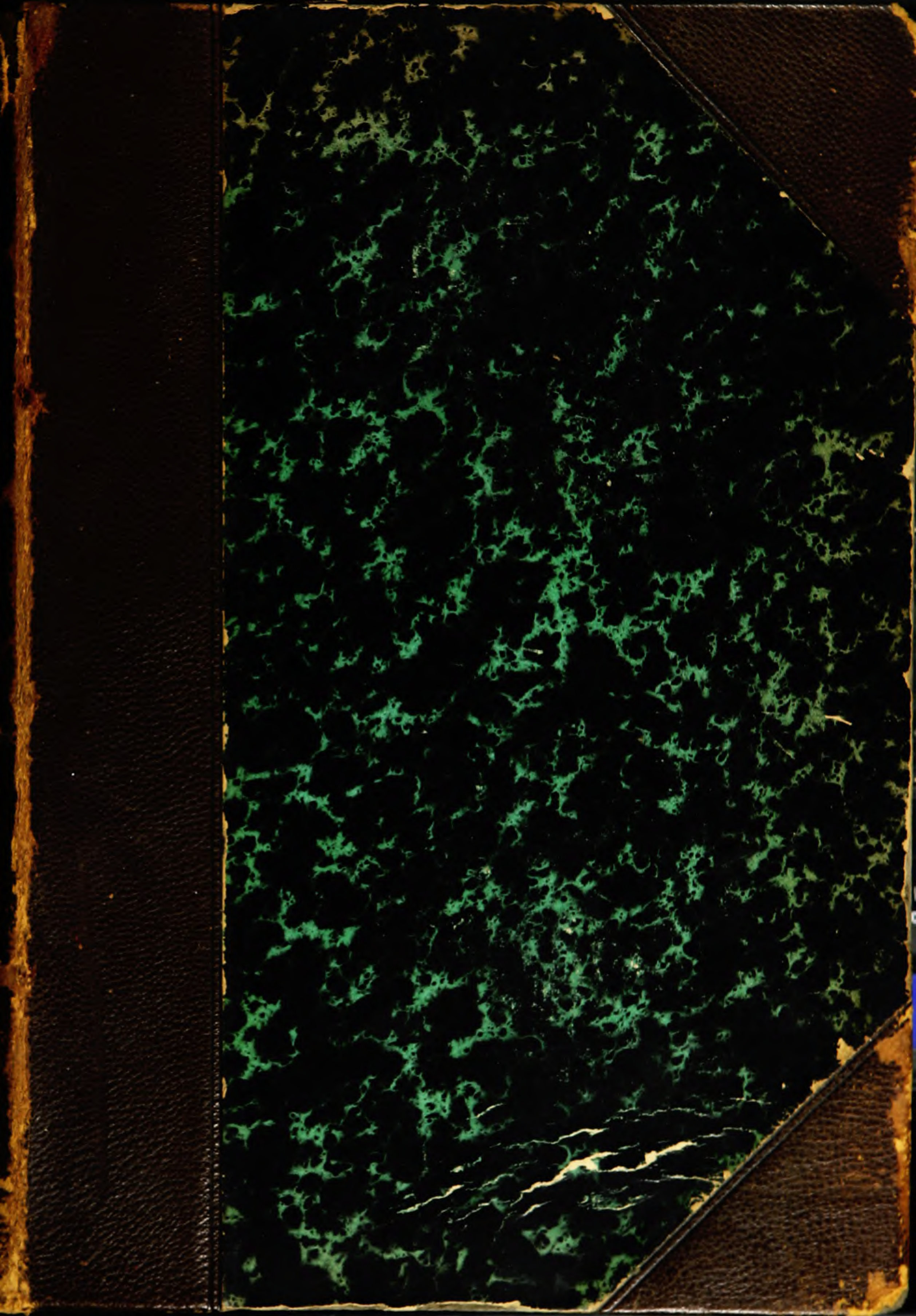










ARBEITEN AUS DEM GESAMMTGEBIET
DER PSYCHIATRIE UND NEUROPATHOLOGIE.

ARBEITEN AUS DEM GESAMMTGEBIET

DER

PSYCHIATRIE UND NEUROPATHOLOGIE

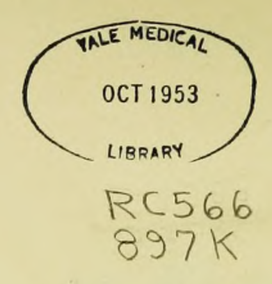
VON

R. V. KRAFFT-EBING.

I. HEFT.



LEIPZIG
JOHANN AMBROSIUS BARTH
1897.


YALE MEDICAL
OCT 1953
LIBRARY

Inhalt.

Seite

1. Ueber transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage.
   - Erster Aufsatz . . . 3
   - Zweiter Aufsatz . . . 16
   - Dritter Aufsatz, Neue Erfahrungen über Dementia transitoria bei Neurasthenischen . . . 24
   - Vierter Aufsatz, Gerichtsärztliche Gutachten . . . 65
2. Beziehungen zwischen Neuralgie und transitorischer Psychose . . . 79
3. Ueber Hemicranie und deren Beziehungen zur Epilepsie und Hysterie . . . 108
4. Ueber transitorische Geistesstörung bei Hemicranie . . . 125
5. Zur Intermittens larvata . . . 159



Vorwort.

Es sind bald zwei Jahre verflossen, seitdem der Herr Verleger an mich mit dem Antrag herantrat, in seinem Verlag eine Sammlung meiner da und dort in Zeitschriften zerstreuten Abhandlungen erscheinen zu lassen. Lange zögerte ich, dieser Aufforderung Folge zu leisten. Die Erfahrung, dass ich meinen Verlegern so manche Anregung zu literarischen Unternehmungen verdanke, zu denen ich proprio motu nie gelangt wäre und nie den Muth gehabt hätte, das Beispiel von Möbius, dessen auf S. 160 des 1. Heftes seiner „neurologischen Beiträge“ dargelegte Gründe die eigenen verstreuten Arbeiten am Abend des Lebens zu sammeln, all Dies bestimmte mich, wenigstens einmal Umschau in meinen Publicationen zu halten und sie auf ihren Werth oder Unwerth zu prüfen, soweit eben Jemand Richter in eigener Sache sein kann. Das Facit war, dass sich gar Manches fand, was besser ungeschrieben geblieben wäre und im Staub der Archive auch ferner ruhen mag. Es fand sich aber auch Verschiedenes, das, soweit es thatsächliches Material zum Aufbau wissenschaftlicher Lehren enthält, mehr Würdigung verdient hätte, als ihm in wenig gelesenen Wochenjournalen und Fachzeitschriften zu Theil wurde, endlich gar Vieles, was neuer Fassung und Prägung vom Standpunkt fortgeschrittener Wissenschaft bedürftig schien. Mit dieser Erkenntniss wurde mir der Gedanke des Herrn Verlegers zu einem erwünschten Impuls und, nicht der Noth eines gegebenen Versprechens gehorchend, sondern eigenem Trieb, stellte ich mich in den Dienst seiner Idee.

Zur Bedingung machte ich mir aber: auf dem Boden früherer Arbeit und Erfahrung fussend, zu neuen Gesichtspunkten zu gelangen und früheren Arbeiten als Neudruck, bei sorgfältiger Auswahl derselben und

in historischer Aufeinanderfolge derselben, den neuen Erwerb aus zum Theil Jahrzehnte langer späterer Beobachtung anzugliedern.

Das vorliegende 1. Heft verfolgt solche Ziele und knüpft an längst erfolgte Publicationen auf Erstlings- und Lieblingsgebieten an.

Ich hoffe, dass Zeit und Kraft ausreichen werden, um diesem Hefte weitere folgen zu lassen und wünsche nur, dass das Neue den Unwerth des Alten aufwiegen möge.

Wien, December 1896.

Der Verfasser.

I.

UEBER TRANSITORISCHES IRRESEIN AUF NEURASTHENISCHER GRUNDLAGE.



Erster Aufsatz.*)

(1883.)

Eine nicht blos durch die Verlaufsweise, sondern auch durch tiefe Störung des Bewusstseins und delirantes Gepräge etwa vorkommender Störungen des Vorstellens ausgezeichnete Erscheinungsweise des Irreseins stellt das sog. transitorische dar. Verlauf und Symptome weisen auf intensive, aber rasch sich ausgleichende Störungen der Ernährung und Circulation des Gehirns hin. Eine nähere ätiologische Untersuchung lässt diese transitorischen Irreseinszustände, sofern sie nicht der Ausdruck einer acut eingetretenen Intoxikation sind, als episodische Krankheitserscheinungen im Rahmen und auf Grund einer vor- und nachher bestehenden Neurose oder Hirnerkrankung, und somit als ein symptomatisches Krankheitsbild erkennen. Diese Auffassung hat klinisch eine fruchtbare Bedeutung, indem sie nöthigt, nicht bei dem transitorischen Irresein stehen zu bleiben, sondern die specielle Neurose oder Hirnkrankheit, die es vermittelt, nachzuweisen. In der grossen Mehrzahl der Fälle von transitorischem Irresein gelingt diese Aufgabe, und am deutlichsten zeigt sich die Richtigkeit dieser Auffassung gegenüber der epileptischen Neurose, die ja so überaus häufig transitorische Irreseinszustände herbeiführt. Gewiss ist man jedoch neuerdings in dem Bestreben, jene auf Epilepsie zurückzuführen, zu weit gegangen, und eine sorgfältige Kritik geboten. Die nachstehenden Fälle von transitorischem Irresein erscheinen auf den ersten Blick klinisch als epileptische, sind es aber entschieden nicht. Statt auf dem Boden einer epileptischen Neurose, stehen sie auf dem einer neurasthenischen, stellen den Culminationspunkt in der Entwicklung einer solchen dar. Unter der Annahme, dass sie ein nicht unwichtiger Beitrag zur Lehre vom transitorischen Irresein sind und auf eine bisher nicht weiter beachtete neurotische Disposition zur Entstehung desselben die Aufmerksamkeit hinlenken, möge ihre Mittheilung gestattet sein.

Beobachtung 1. Stuporartiger Dämmerzustand mit Angst.

Victorine B., 24 Jahre, ledig, Kammerjungfer, kam am 26. April 1880 auf der Grazer Klinik über Anordnung der Sicherheitsbehörde zur Auf-

*) Betz, „Irrenfreund" 1883, Nr. 8.

nahme, da sie, auf der Strasse umherdämmernd, auf einer Brücke unter Umständen aufgefunden wurde, die vermuthen liessen, sie werde sich ins Wasser stürzen. Bei der Aufnahme war Patientin in einem stuporartigen Zustand, im Bewusstsein schwer gestört. Sie schrie ängstlich eine Weile, blieb die Nacht über stieren Blickes auf ihrem Lager sitzen, murmelte vor sich hin: „Dr. P..., meine Baronin."

Am 27. blickt sie ängstlich verstört, mit verwitterter Miene, drängt ab und zu schreckhaft fort, lächelt dann und wann und antwortet auf Fragen nur „Dr. P... meine Baronin — fort — mein Kopf."

Patientin ist mittelgross, kräftig gebaut, schlecht genährt, blutarm, der Schädel normal, die vegetativen Organe ohne Befund. Temp. 36.5 P. 88, celer, die Arterie eng contrahirt.

Nachmittags wird Patientin etwas besinnlicher. Sie giebt an, sie heisse Victorine R., habe heftigen Schmerz und Druck im Kopf, Angst, könne nicht denken. Mehr vermöge sie nicht zu sagen. Man möge sie nicht allein lassen. Abends hellt sich das Bewusstsein rasch auf, unter Vollerwerden des Pulses und Entleerung grosser Quantität wasserhellen Urins.

Die Nacht auf den 28. April schläft Patientin gut. Sie ist heute ganz lucid, aber psychisch sehr erschöpft und ruhebedürftig. Sie will am 27. Abends wieder zu sich gekommen sein und aus dem Benehmen der Leute um sie gemerkt haben, dass sie in einem Irrenhause sich befinde.

Patientin stellt erbliche Anlage und frühere derartige Anfälle, Epilepsie, Hysterie in Abrede. Als Kind habe sie öfter an Fieberanfällen gelitten. Die Entwicklung ging im 12. Jahr ohne Beschwerden vor sich. Mit 16 Jahren kam Patientin in Dienste. Menses in der Folge regelmässig, ohne Beschwerden, das letztemal vor 8 Tagen. Patientin hat im Vorjahr (1879) in Ungarn 3 Monate lang an Intermittens gelitten. Im December 1879 will sie gesund bei Baronin X. in Graz in Dienste getreten sein. Ihre Herrin erkrankte schwer im Januar 1880 und genas erst im März. Patientin war deren stetige Wärterin, kam etwa 6 Wochen lang in kein Bett und fast gar nicht zum Schlafen. Sie verlor den Appetit, kam von Kräften, fühlte sich ganz erschöpft und hatte obendrein Verdriesslichkeiten mit einem Bedienten, der ihr anfangs zudringlich war, als sie ihn abwies, sie chikanirte. Durch all dies wurde ihr die Stelle unleidlich. Sie stellte endlich die Alternative, entweder gehe sie oder der Bediente. Undankbarer Weise wurde ihre Kündigung angenommen. Das kränkte sie. Sie verliess am 15. April den Dienst, miethete sich ein kleines Zimmer und versuchte es mit Näharbeit. Seit Anfang April schon verlor sie den Schlaf, und konnte nur durch erschöpfende Bewegung, z. B. mehrstündiges Umhergehen, stunden-

lang zu Schlaf kommen. Sie fühlte sich matt, wurde begriffsstutzig, vergesslich, bekam Zustände von ängstlicher Benommenheit mit erschwertem Denken, Gefühl, als ob sie von eisiger Kälte überrieselt würde. Es trieb sie dann hinaus an die frische Luft zu gehen, in welcher ihr besser wurde.

Am 24. April war sie noch in Näherinangelegenheiten bei ihrer früheren Herrin. Sie fühlte sich verwirrt, konnte nicht mehr recht denken, kannte sich nicht mehr recht aus und meint, dass sie bei diesem Besuch schon etwas verwirrt gesprochen habe. Vom 24. Abends bis zum 27. Abends besteht eine Lücke in ihrem Bewusstsein. Sie hat nur eine traumhafte Erinnerung, dass sie einen Gottesdienst besuchte, und dass man sie mit Gewalt irgendwohin brachte.

Patientin ist in der folgenden Zeit zwar ganz lucid, aber psychisch hochgradig erschöpft und neurasthenisch. Sie ermüdet sofort körperlich und psychisch beim Versuch, sich geistig zu beschäftigen, klagt über Begriffsstutzigkeit, Ungeschicklichkeit zu Schneiderarbeit aus Unvollkommenheit der Bewegungsanschauungen, über Unfähigkeit sich etwas zu merken, Benommenheit im Kopf mit pressendem Gefühl in der Schläfengegend, grosse Muskelschwäche, Herzklopfen. Patientin ist anämisch, schläft schwer ein, schreckt leicht auf, hat schwere Träume von Leichen und dergl. Ende Mai verlieren sich unter roborirender Behandlung allmälig die Symptome cerebraler Erschöpfung. Patientin findet als einzige Ursache ihrer acuten Bewusstseinsstörung Erschöpfung durch forcirte Krankenpflege. Am 1. Juni wird sie genesen entlassen und bleibt gesund.

Beobachtung 2. Dämmer-Traumzustand mit Delirien von Standeserhöhung.

Am 12. April 1881 wurde Paul U., 37 Jahre, Oberlehrer, verheirathet, der Grazer psychiatrischen Klinik von der Sicherheitsbehörde übergeben, da er in dem Palais des Statthalters erschienen war, um sich als neuernannter Landesschulinspector R. k. beeiden zu lassen und gleich darauf seine Inspectionsreise anzutreten. Patient kommt ruhig, anscheinend geordnet zur Aufnahme, gerirt sich als Landesschulinspector R., giebt im Uebrigen seine Generalien richtig an, bedauert, sein Decret daheim liegen gelassen zu haben, seine Familie werde bald nachkommen und dasselbe mitbringen. Er sei heute früh nach der Schule, in der Eile und ohne sich zu verabschieden, mit der Bahn nach Graz gefahren, um sich beeidigen zu lassen (thatsächlich). Patient klagt Schwindel, Kopfweh, greift öfter nach dem Kopf, die Apperception ist etwas erschwert, die Miene verwirrt, das Bewusstsein getrübt.

Patient ist mittelgross, schlecht genährt, fieberlos (36,8), die Gegend der grossen Fontanelle ist etwas eingesattelt, die linke Pupille ist etwas

erweitert, der Gang leicht schwankend, der rechte Mundwinkel paretisch, die Lippen und Hände zittern etwas. Vegetativ kein Befund. Patient ist congestiv; Potus wird in Abrede gestellt. Die Extremitäten sind kühl. Patient klagt über Kälte der Füsse.

Patient bekommt Bäder, worauf er gut schläft, und die Congestiverscheinungen und motorischen Störungen sich verlieren. Er ist ruhig, wundert sich nur, dass man ihn nicht auf seinen Posten lässt, lebt ganz in seinem Wahn, beschäftigt sich tagüber mit der Tagesordnung für die nächste Landeslehrerconferenz.

Am 18. April nach guter Nacht ist er lucid, begreift nicht, wie er zu solchen unsinnigen Ideen kam. Es kommt ihm vor, wie wenn er aus einem Traume erwacht wäre. Er weiss nicht, wie und wann er hergekommen. Er erinnert sich nur seiner Abreise. Von da ab fehlt jegliche Erinnerung bis zur Aufnahme auf der Klinik, von diesem Zeitpunkt an hat er eine nur ganz summarische Erinnerung. Patient ist peinlich berührt vom Vorgefallenen, fürchtet für seine Stellung, lässt sich jedoch beruhigen.

Patient stellt erbliche Anlage zu Nervenleiden, frühere Krankheiten, speciell Epilepsie und Potus in Abrede.

Im Herbst 1880 habe er nach grossen Anstrengungen im Beruf begonnen, sich unwohl zu fühlen. Er habe sich matt, erschöpft gefühlt, nicht mehr so leicht gearbeitet, sein Gedächtniss sei nicht mehr so frisch gewesen. Er habe an zunehmendem Kopfdruck gelitten, sich über Alles gleich aufgeregt. Im Winter habe er viel Sorge durch Erkrankungen seiner Kinder gehabt, durch Nachtwachen an ihrem Bett den nöthigen Schlaf vielfach entbehrt. Sein Schlaf sei von Weihnachten ab schlecht geworden, unerquicklich. Er sei oft aus schweren Träumen aufgeschreckt und habe sich dann nicht gleich in der Wirklichkeit zurecht finden können. Etwa 14 Tage vor dem Ausbruch der Krankheit habe er sich unter Steigerung des Kopfdrucks höchst unbehaglich, aufgeregt, ängstlich gefühlt. Er habe es im Zimmer nicht mehr ausgehalten, es habe ihn förmlich getrieben, im Freien herum zu laufen, die ganze Welt sei ihm zu eng gewesen. Etwa 10 Tage vor seiner transitorischen Psychose habe er einen „Ohnmachtsanfall" erlitten mit völliger Bewusstlosigkeit. Die letzten 3 Nächte vor dem Ausbruch habe er schlaflos zugebracht, heftiges Kopfweh und das peinliche Vorgefühl, irrsinnig zu werden, gehabt.

Patient erholt sich in der Folge bei gutem Schlaf und roborirender Behandlung rasch. Ab und zu klagt er noch Schwindelgefühl und bietet leichtes Zittern von Zunge und Händen. Am 1. Mai 1881 wird Patient genesen entlassen.

Er fühlte sich ganz wohl, nahm am 6. Mai seinen Beruf wieder auf, ohne einen angerathenen Urlaub zu nehmen. Bald verspürte er wieder Abgespanntheit und Abgeschlagenheit. Die Herbstferien machten Alles wieder gut. Im November kamen wieder neurasthenische Beschwerden — Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Gedächtnissstumpfheit, Kopfdruck, ängstliche Beklemmung, besonders nach dem Unterricht, Schweissausbruch selbst nach geringer körperlicher und geistiger Thätigkeit. Er bekam im Laufe des Winters Angstanfälle von 10' Dauer, eingeleitet von ascendirenden Hitzegefühlen und begleitet von Schweiss und Herzklopfen. Seine Träume drehten sich um Brand, Feuer, er schreckte oft auf, fühlte den Kopf eingenommen, wie wenn er einen „ewigen Rausch“ hätte. Er wurde vergesslich, zerstreut, fand Dienstacten unerledigt, die er längst erledigt glaubte, warf einen seiner Schulcataloge ins Feuer, ohne hinterher zu wissen wie, wann, warum? Sein Dienst wurde ihm immer beschwerlicher, er ertrug nicht mehr die gewohnten mässigen Quantitäten Wein. Auch bei Tag stellten sich Angstanfälle ein, zuweilen eingeleitet von Funken-Farbensehen. Er fühlte sich nach solchen immer ganz abgeschlagen, hatte heftigen Kopfdruck. Vom 4. Januar 1882 an hatte er mehrere Ohnmachtsanfälle. In einem derselben wurden klonische Krämpfe im rechten Arm und Bein beobachtet. Niemals Stupor oder Delir. Vom 13. Januar ab blieben diese Anfälle aus. Als ich Patient am 10. Juni 1886 das letztemal sah, bot er noch leicht neurasthenische Beschwerden.

Beobachtung 3. Dämmer-Traumzustand mit Delirien der Standeserhöhung.

Am 13. August 1882 wurde Franz H., 41 Jahre, Stationsaufseher an der Bahn aus M. auf die Grazer psychiatrische Klinik gebracht, da er am 12. plötzlich wahnsinnig geworden sei, sich für den Stationschef halte, den wirklichen Stationschef von seinem Posten verdrängen wolle und über dessen Weigerung ihn bedrohte.

Patient geht verwirrt, stieren Blicks, congestiv, zornig erregt zu, verlangt vor die Bahndirection geführt zu werden, da er Stationschef sei. Er gehöre nicht daher, weiss aber nicht, dass er im Spital ist. Er fühle sich ganz gesund, nur mit Recht zornig darüber, dass sein früherer Vorgesetzter ihm nicht den Dienst übergeben wolle. Er mache ihn verantwortlich für alles Unheil, das daraus entstehen könnte. Patient, ein kleiner, schlecht genährter, schwächlicher Mann, giebt seine Generalien im Uebrigen richtig an. Er ist fieberlos, ohne nachweisbare Krankheit, von normalem Schädel, ohne Degenerationszeichen, sichtlich erschöpft, vermag sich kaum auf den Beinen zu erhalten. Der Puls ist klein, leicht unterdrückbar, frequent, die Hände zittern etwas. Patient schläft bald ein, schläft mit Unterbrechungen in der Nacht und

den 15., ist am 15. zeitlich und örtlich orientirt, mimisch ziemlich frei. Er hält am Wahn fest, Stationschef zu sein, ist ärgerlich darüber, dass man ihn hier zurückhalte, und dass der frühere Beamte ihm nicht den Dienst übergebe. Vor einigen Tagen habe er das bezügliche Decret, vollkommen legal verfasst, daheim im Kasten gefunden. Sein Name stand deutlich darin, und der Passus, er müsse seine Stelle sofort antreten. Er habe nicht weiter darüber nachgedacht, wie das Decret in seinen Kasten gekommen sei, und dass es ihm nicht auf dem Dienstweg gestellt wurde. Ohne seine Familie von seiner Beförderung zu verständigen, sei er aufs Bureau gegangen, um den Dienst anzutreten. Da habe ihn der alte Stationschef, der ihn immer schlecht behandelt, ihm arg auf den Dienst gepasst und ihn oft mit Gageabzügen bestraft habe, grob angefahren und ihm die Thüre gewiesen. Tief gekränkt sei er fort, habe sich bei Bekannten beklagt, sei dann wieder zum Stationschef, der aber immer noch nicht den Platz geräumt hatte. Er war darüber sehr aufgeregt, rathlos. Er ging heim, erzählte alles der Frau, diese erklärte ihn für einen Narren. Bald darauf kam der Bahnarzt, der noch nichts von der Standeserhöhung wusste, und suchte ihn zu beruhigen. Von nun an hat er nur höchst summarische Erinnerung. Er weiss, dass er die Nacht auf den 13. schlaflos zubrachte, ärgerlich, erregt und ängstlich war, vor neuen Vexationen Seitens seines früheren Chefs sich fürchtete, sich ganz krank vor Kränkung und Aufregung fühlte, nicht essen noch trinken mochte, am 13. von einem Bahnarbeiter spazieren geführt, am 14. nach Graz gebracht wurde, wo ihm Alles ganz fremd erschien und er sich nicht auskannte. Freilich habe er auch über seine Lage nicht weiter nachgedacht.

Am 15. ist Patient ruhig, aber in seinem Wahn befangen, den er damit motivirt, dass die Direction wahrscheinlich von seiner schlechten Behandlung und Nothlage erfahren habe und endlich Gerechtigkeit walten liess.

Er sei nämlich seit $2^{1}/_{2}$ Jahren beim angestrengten Telegraphen- und verantwortlichen Bahndienst, habe je 2 Tage 11 Stunden, den 3. 24 Stunden Arbeitszeit und nur den 4. als Ruhetag, kleine Gage, grosse Familie, sei beständig in Nahrungssorgen, lebe schlecht, sei in letzter Zeit in Schulden gerathen und habe obendrein einen ihm aufsässigen Chef und übelwollende Collegen.

Anfangs sei Alles gut gegangen. Seit einiger Zeit habe er sich aber matt und erschöpft gefühlt, sei vergesslich geworden, reizbar, oft ganz begriffsstutzig, so dass er kaum mehr mit der verantwortlichen Arbeit vorwärts kam, und zu Allem habe ihn die Sorge gequält, dass er Verstösse mache und Geldstrafen dafür erleide. In letzter Zeit habe

er sich besonders müde und erschöpft gefühlt, oft kaum Zeit zum Essen und Schlafen gehabt, zudem sei auch der Schlaf nicht erquicklich gewesen.

Am 16., nach gut durchschlafener Nacht, ist Patient ruhig, anscheinend geordnet, frägt nach seiner Familie und bittet mit verlegener Miene, ihn nach Hause zu lassen, er möchte doch nachschauen, ob es mit seiner Ernennung richtig sei. Patient fängt an Correctur anzunehmen, und Nachmittags meldet er freudig, dass seine „fixe Idee“ von ihm gewichen sei. In der Nacht auf den 12. habe er geträumt, er sei Stationschef geworden und das bezügliche Decret liege in seinem Kasten. Er sei freudigst bewegt aufgestanden, habe nicht weiter sich vergewissert. (Unfähigkeit des erschöpften Gehirns, Traumerlebnisse zu corrigiren!) Hätte er es gethan, so wäre es nicht so weit mit ihm gekommen. Der freundliche Zuspruch der Aerzte hier, ihre Einwendungen hätten ihn stutzig gemacht und ihn zur Kritik aufgefordert. Da sei es ihm endlich heute wie Schuppen von den Augen gefallen. Patient stellt erbliche Veranlagung, frühere Krankheiten, Potus in Abrede. Für Epilepsie finden sich auch nicht die leisesten Verdachtgründe.

Patient macht diese Mittheilungen klar und besonnen, aber er ist sichtlich noch erschöpft, hat einige Mühe seine Gedanken zu sammeln und zum Ausdruck zu bringen. Unter gutem Schlaf und reichlicher Ernährung verliert sich dieses Symptom eines erschöpften Gehirns vollkommen, und am 20. August verlässt er genesen das Spital. Obwohl ihn daheim die alte Lebensnoth traf und er seinen Dienst verlor, blieb er psychisch gesund bis zum April 1883, wo er mit den Symptomen eines Delirium alcoholicum der Klinik wieder zugeführt wurde. Der Unglückliche hatte in der letzten Zeit, um Gram, Sorge und Hunger zu übertäuben, sich dem Schnapsgenuss ergeben. Ein Aufenthalt von 14 Tagen im Spital stellte ihn wieder her.

Beobachtung 4. Stuporartiger Dämmerzustand.

Heinrich St., 30 Jahre, ledig, Lehrer, fand am 29. Januar 1882 Aufnahme auf der Grazer psychiatrischen Klinik. Patient, aus gesunder Familie, ausgenommen ein seit 15 Jahren bestehendes, ausgebreitetes Eczem und einen schweren Typhus 1876 immer gesund, von streng solider Lebensweise, von heiterem Temperament, ehrenwerthem Character, guter Begabung, seit 8 Jahren Volksschullehrer, hatte seit 3 Jahren sich geistig sehr angestrengt und viele unverdiente Kränkungen erfahren. Unter Anderem hatte die klerikale Partei den freisinnigen Mann verfolgt, ihn denuncirt, er halte die Jugend nicht zur Religion an und habe ein Schulmädchen in unanständiger Weise gezüchtigt. Obwohl bezügliche Disciplinaruntersuchungen seine Schuldlosigkeit glänzend darthaten, war St. gleichwohl doch gemüthlich sehr erregt. Er klagte wiederholt

in den letzten 2 Jahren, dass er in diesem beständigen Kampf gegen Missgunst, Feindseligkeit und Dummheit sich geistig und körperlich aufreibe, alle Lust zum Beruf verliere, sich oft zum Unterricht zwingen müsse. Seit August 1881 war Patient nahezu schlaflos geworden. Er vertrieb sich die schlaflosen Nächte mit Studium, literarischer Thätigkeit, fühlte sich matt, müde, oft ganz erschöpft, leistungsunfähig, fühlte Kopfdruck, Zucken in den Unterextremitäten, Sensationen, als ob mit einer Bürste ihm unter die Beine gefahren werde, litt an Ohrensausen, hatte farbige vibrirende Kreise im Sehfeld, die die Gestalt änderten und sich in bizarre ornamentale Figuren verzogen. Ende November 1881 war die Disciplinaruntersuchung wegen des Schulmädchens zu Ende. Sie endete mit einer öffentlichen Abbitte seitens der Mutter des Mädchens, welche dieses infame Gerücht ausgestreut hatte. Das genügte seinem verletzten Ehrgefühl nicht. Es ekelte ihm vor solchen Menschen, er glaubte, seine Existenz nicht mehr ertragen zu können, und nachdem er alle seine Angelegenheiten geordnet, verliess er am 15. December ohne Urlaub, blos mit Hinterlassung eines Briefs, in welchem stand, er reise ab, sein Domicil. Er weiss noch, dass er bis Bruck fuhr, von da nach St. M. zu Fuss ging. Weiter hat er aus diesem eigenthümlichen Dämmerzustand keine Reiseeindrücke. Er dämmerte 3 Tage in Obersteier herum, kam nach Graz zurück, sass einige Zeit traumhaft verloren im Stadtpark, erschien dann stuporartig beim Bruder, sprachlos, stier vor sich hinschauend. Am folgenden Tag war er lucid, jedoch matt, abgeschlagen, klagte Kopfdruck, Unfähigkeit zum Denken und wusste nichts von den Motiven und Erlebnissen seiner Reise. Man brachte ihn zur Mutter aufs Land. Er erholte sich etwas, bot geistig nichts Auffälliges, ausser leichter Erschöpfung und gereizter Stimmung über seine Schicksale als Lehrer. Am 4. Januar 1882 machte er einen Spaziergang mit seiner Schwester. Plötzlich sagte er zu dieser: „jetzt werde ich dich erschrecken." Er lief ihr davon, lief 8 Stunden weit nach Graz, bestieg dort die Eisenbahn mit der unbestimmten Absicht, nach Wien zum Unterrichtsminister zu gehen, dort Beschwerde über die Schulverhältnisse zu führen und um Versetzung zu bitten. Wann diese Idee unterwegs in ihm aufdämmerte, weiss er nicht. Er hat nur höchst summarische Erinnerungen von dieser Reise, unter Anderem, dass er zu Fuss über den Semmering ging, in Wien angekommen einen lichten Moment hatte, das Unsinnige seines Vorhabens einsah und erkannte, dass er in seinen defecten Kleidern nicht ins Ministerium gehen könne. Er sei nun planlos in einigen Gassen in Wien herumgelaufen, habe sich zu Fuss wieder auf den Rückweg nach Graz begeben. Von dieser Rückreise ist ihm nur erinnerlich, dass er einmal von Gensdarmen angehalten,

dann aber wieder losgelassen worden sei. Am 21. Januar 1882 kam er stuporös beim Bruder an, ganz wie das erstemal sprachlos und stier vor sich hinschauend. Er schlief lange und tief in Folge seiner Erschöpfung, stierte unter Tags vor sich hin, kam nach 3 Tagen wieder zu sich, wusste sich seine Reise nicht zu erklären.

Vom 26. Januar ab fing Patient wieder an schlecht zu schlafen. Am 28. wurde er verstört, drängte wieder motivlos fort. Als der Bruder, um ihn am Fortgehen zu verhindern, ihm die Kleider wegnahm, wurde er zornig, gereizt. Am 29., bei der Aufnahme, ist Patient in einem Dämmerzustand. Er ist über seine Lage nicht orientirt, giebt einige anamnestische Details, wird aber bald psychisch so erschöpft, dass er schwer auffasst und nur mühsam die Worte findet. Im Hintergrund grosse Gereiztheit, bald herrisch barsches hochfahrendes, bald kindisch weinerliches, von inneren Vorgängen absorbirtes Wesen.

Patient ist gross, schlank, in der Ernährung reducirt, ohne Degenerationszeichen, ohne Organkrankheit, fieberlos, von blasser Gesichtsfarbe, ohne motorische oder sensible Functionsstörungen. Matter, müder unfreier Gesichtsausdruck, schlaffe Haltung. Psychische und körperliche Prostration. Schlaflose Nächte. Am 1. Februar wird Patient freier, klagt, dass er keinen Gedanken fassen könne, ganz stumpfsinnig sei, eine eigenthümliche Leere im Kopf habe, einen Druck im Kopf verspüre. Er ist darüber verstimmt, gereizt.

Schlafmittel versagen. Durchleitung galvanischer Ströme durch den Kopf (6—8 El. *Stöhrer*) bessern den Schlaf. Patient erholt sich allmälig, klagt aber noch einige Zeit über körperliche Mattigkeit und geistig erschwerte Thätigkeit mit reactiver Verstimmung bis zur Verzweiflung. Bewusstseinsstörungen kommen nicht mehr zur Beobachtung. Unter Abreibungen, Halbbädern, allgemeiner Faradisation, Chinin mit Ergotin, schwinden die neurasthenischen Beschwerden. Epilepsie, so sehr darnach geforscht wird, ist nicht nachweisbar. Am 28. Februar 1882 wird Patient genesen entlassen.

Beobachtung 5. *Stupor.*

Herr P., 45 Jahre, Beamter, ledig, angeblich ohne erbliche Anlage, von Kindsbeinen auf nervös erregbar, solid in seiner Lebensweise, früher nie schwer krank, war in den letzten Jahren auf Grund von dienstlichen Ueberanstrengungen und Widerwärtigkeiten im Dienste sehr reizbar und oft über geringfügigen Anlass erregt gewesen. In den letzten Wochen des März 1881 war er dienstlich sehr angestrengt, hatte vielen Verdruss, bekam einen Magencatarrh, ass sehr wenig, bekam in den letzten Tagen einen fieberhaften Bronchialcatarrh, fühlte sich erschöpft, müde, schläfrig, matt, war zerstreut, vergass Anordnungen, die er

gemacht hatte, erschien moros, besorgte aber trotzdem seine Geschäfte und legte sich nur früher als sonst zu Bett, ohne jedoch recht den Schlaf zu finden. Am 26. März erschien er ganz zerstreut, hatte oft momentan sonst geläufige Bewegungsanschauungen ganz verloren, so dass er z. B. das Oeffnen einer Schachtel nicht zu Stand brachte. Am gleichen Tag Nachmittags war er verstört, unaufmerksam, antwortete verkehrt, dem eigenen Zug der Gedanken folgend. Er murmelte deutsche und italienische Worte vor sich hin, darunter oft das Wort „rallentando". Abends 6 Uhr machte Herr P. noch einen Geschäftsgang, schrieb auf demselben ein Billet. Dasselbe ist confus durch abgebrochene Sätze, verräth stockenden Gedankengang durch endlose Wiederholung von Worten und artet schliesslich in ein paragraphisches Gekritzel aus. Um 7 Uhr wurde Patient auf einer Strasse aufgefunden, im Begriff sich zu entkleiden, offenbar unter dem Gefühl des Schlafs und der Erschöpfung und in der Meinung, er sei in seinem Schlafzimmer. Er wird erkannt und nach Hause gebracht. Die sofortige ärztliche Beobachtung ergiebt Stupor, bleiches, verstörtes Aussehen. Patient kann sich vor Schwäche kaum auf den Beinen halten. Er weiss nicht, wo er sich befindet, erkennt nicht die ihm wohlbekannte Umgebung. Patient wird zu Bett gebracht, bleibt erschöpft liegen, schreckt aber bei dem leisesten Geräusch zusammen. Temperatur 36,4. Puls 100, klein, leicht unterdrückbar. Pupillen erweitert, träge reagirend. Häufig verzieht Patient krampfhaft die Gesichtsmuskeln, besonders links. Das linke obere Augenlid hängt etwas herab, die Zunge ist etwas belegt.

Die Nacht auf den 27. März liegt Patient ruhig und erschöpft da, nur hie und da ächzend. Herztöne etwas dumpf aber rein, Herzfigur normal. Keine Organerkrankung nachweisbar. Harn ohne Albumin.

Patient ist heute den 27. noch tief erschöpft, bleibt ganz unorientirt, findet keine Worte, entbehrt der gewöhnlichsten Bewegungsanschauungen. So findet er zuerst, als man ihm Essen bringt, den auf der Platte liegenden Löffel nicht, greift, auf denselben aufmerksam gemacht, zitternd daneben, weiss ihn, als man ihm denselben in die Hand giebt, nicht zu gebrauchen, lässt sich dann ohne Widerstand die Nahrung beibringen, erkennt und versteht offenbar gar nicht, was um ihn vorgeht.

Im Laufe des Vormittags wird er auf Minuten etwas besinnlicher, bittet, Jemand in dringenden Angelegenheiten wohin zu senden, weiss aber nicht wohin, warum u. s. w., vergisst im nächsten Augenblicke, was er gewollt, ersucht dann um Ruhe, er schlafe so gut, schläft thatsächlich viel.

Die Nacht auf den 28. März schläft er tief und ruhig und erwacht Morgens ganz lucid, mit völliger Amnesie für Alles seit dem 26. Nach-

mittags Vorgefallene. Patient ist psychisch noch sehr erschöpft und ruhebedürftig. Tremor manuum. Temperatur 36. Puls 84, tard. Acustische Hyperästhesie, die sich bald verliert. Patient weiss sich nur zu erinnern, dass er sich am 28. sehr unwohl, erschöpft, zerstreut, unklar in den Gedanken fühlte. Die Erschöpfungssymptome verlieren sich bei Bettruhe, gutem Schlaf und reichlicher Nahrungsaufnahme in den folgenden Tagen. Eine mehrwöchentliche Erholungsreise stellt die geschwächten Kräfte wieder her und macht Patienten wieder vollkommen berufstüchtig. Er bleibt gesund bis zu seinem mit 53 Jahren an Carcinom erfolgtem Tode.

Die Aetiologie der vorstehenden 3 Fälle ist durchsichtig. Es handelt sich um unbelastete, durch Potus, Trauma, Lues u. s. w. nicht complicirte, sicher nicht epileptische Fälle, bei welchen eine Neurasthenia cerebralis durch geistige oder körperliche Ueberanstrengungen, mehrmals auch unter dem mitwirkenden Einfluss von Gemüthsbewegungen erworben wurde und dem Ausbruch des transitorischen Irreseins wochen- bis monatelang voranging und nachfolgte.

Dieses bildet den Culminationspunkt eines cerebralen Erschöpfungszustands, der auch von äusserlichen Zeichen der Inanition und Erschöpfung begleitet ist (Tremores, subnormale Temperaturen u. s. w.), nach offenbar den Ausschlag gebenden, den letzten Rest von Spannkräften aufzehrenden schlaflosen Nächten acut eintritt und mit Wiederherstellung von Schlaf, besserer Ernährung rasch seine Ausgleichung findet.

Die Erschöpfung des psychischen Organs äussert sich in Trübungen des Bewusstseins bis zur „Bewusstlosigkeit“, mit entsprechenden Erinnerungsdefecten, in Ausfallserscheinungen sensorischer Functionsgebiete bis zur Aufhebung der Apperception (Rindenblindheit und Taubheit), dem Verlust der Sprach- und Bewegungsanschauungen. Angst, einzelne delirante Vorstellungen tauchen in diesem stellenweise bis zu Stupor sich erstreckenden geistigen Erschöpfungszustand auf und führen zu traumhaften verkehrten Handlungen. Interessant ist die Congruenz der sich um Standeserhöhung drehenden Delirien in Beobachtung 2 und 3, ferner die in Beobachtung 3 sich ergebende Entstehung der betreffenden deliranten Idee aus einer Traumidee, der gegenüber das erschöpfte Gehirn die nöthige Correctur nicht zu üben vermag; gerade wie dies als dauernde Ausfallserscheinung bei dem organisch tief veränderten Gehirn der an Dementia senilis und paralytica Leidenden gegenüber Traumvorstellungen nicht allzu selten vorkommt. Mit der schwindenden Asthenie kehrt im erwähnten Falle diese Correctur rasch wieder. Ueber das, was in diesen transitorischen Dämmer-, Traum-, Stupor- und deli-

ranten Zuständen im Gehirn vor sich ging, lassen sich blos Vermuthungen aufstellen. Die Annahme eines anämischen Hirnzustandes als Ursache des beobachteten transitorischen Irreseins liegt nahe und findet in den meist erweiterten und träge reagirenden Pupillen, den Symptomen theils allgemein, theils partiell herabgesetzter bis aufgehobener Function sensorischer, psychischer, motorischer Rindengebiete Stützen.

Auf eine vasomotorische Entstehungsweise einer solchen Hirnanämie, etwa durch Gefässkrampf, weisen im Allgemeinen der kleine leicht unterdrückbare Puls der Kranken, der zudem im Fall 1 deutlich als Krampfpuls während der Höhe des Anfalls sich darstellt und mit Lösung des stuporösen Angstzustands seine krampfhafte Qualität verliert, hin.

Die beobachteten Bilder von transitorischem Irresein entsprechen den bekannten des epileptischen. Trotz aller Mühe, bei den 5 Kranken epileptische Antecedentien heraus zu examiniren, von ihrer Umgebung zu ermitteln oder direct zu beobachten, gelang der Nachweis einer epileptischen Neurose gleichwohl nicht, wenn auch bei einzelnen derselben, namentlich bei Fall 2, das Bestehen sog. epileptoider Symptome zweifellos war.

Daraus den Schluss auf eine epileptische Bedeutung des Falls zu ziehen, dürfte um so weniger statthaft sein, als, wie jeder Neuropathologe weiss, epileptoide Anfälle (z. B. Angst mit Schweissausbruch, Anfälle von Präcordialangst mit Erscheinungen des Gefässkrampfs, Bewusstseinsstörungen bis zur Ohnmacht mit einzelnen krampfhaften Erscheinungen u. s. w.) alltägliche Symptome bei den verschiedensten Nervenkranken, speciell Neurasthenikern sind, wohl auf ähnlichen Bedingungen (regionäre Circulationsstörungen durch Gefässkrampf?), wie bei Epileptikern beruhen, aber gleichwohl thunlichst sorgfältig von eigentlich epileptischen Insulten zu scheiden sind. Dass sie bei Nervenkranken, speciell bei Neurasthenikern, so häufig vorkommen, erklärt sich wohl aus dem labilen Gleichgewicht vasomotorischer Centren und Bahnen und deren abnormer Ansprechfähigkeit auf Reize aller Art.

Gegenüber den geschilderten Fällen von transitorischem Irresein auf Grundlage einer neurasthenischen Neurose, erscheint es nothwendig, in der Diagnose der epileptischen mit grösserer Vorsicht, als dies im Laufe der letzten Jahre vielfach zu geschehen pflegte, vorzugehen und jene nur als gesichert zu betrachten, wenn klassische oder wenigstens vertiginöse Insulte anamnestisch oder durch die Beobachtung sich erweisen lassen. Nicht minder erscheint es nothwendig, auch die intervallären Symptome beim fraglichen Epileptiker, die zahlreich und in ihrer Zusammenfassung von nicht geringem Werth sind, im Zweifelfall in die Wagschale zu werfen.

Die Ansicht von *Samt*, dass schon aus dem klinischen Bild psychischer Anfälle allein ein sicherer Schluss auf eine epileptische Grundlage möglich sei, erscheint mir gewagt und nach den obigen Erfahrungen, die, bis auf geringfügige Details, den bei Epileptikern vorkommenden psychischen Insulten congruent waren, gleichwohl aber Nichtepileptische betrafen, nicht mehr haltbar.

Die practische Wichtigkeit einer differentiellen Diagnose zwischen derartigen epileptischen und neurasthenischen psychischen Insulten, bezüglich der Prognose, Therapie und künftigen socialen Stellung des Individuums ergiebt sich von selbst.

Eine klinische Scheidung muss hier mit allen Mitteln angestrebt werden, wenn auch sich herausstellen sollte, dass das, was im epileptischen und neurasthenischen Gehirn gelegentlich eintritt (Circulationsstörungen, Gefässkrampf in Hirnrindegebieten), auf gleiche Weise zu Stande kömmt.

Intervallär und bezüglich der Wahrscheinlichkeit einer Wiederkehr solcher Insulte verhält sich das Gehirn des Epileptischen und des Neurasthenikers jedenfalls verschieden.

Zweiter Aufsatz.*)

(1893)

Von der gewöhnlichen Erscheinungsweise der Geistesstörung im Sinne einer chronischen, nach Umständen Monate bis Jahre zum Ablaufe bedürfenden Krankheit heben sich klinisch scharf peracute Psychosen ab, die nur Stunden bis Tage dauern. Sie beruhen jedenfalls auf rasch sich ausgleichenden Ernährungs- und Circulationsstörungen des Gehirns, bei einer dauernd bestehenden Veranlagung oder Gehirnveränderung, und haben demgemäss für den Kliniker die Bedeutung symptomatischer episodischer Vorgänge, deren ätiologische Begründung gesucht werden muss. Diese Aufgabe ist wissenschaftlich und praktisch eine sehr bedeutungsvolle. Die occasionellen Bedingungen für die Entstehung solcher transitorischer Psychosen sind wesentlich Ernährungsstörungen des Centralorganes durch Intoxication (Alcohol und andere toxische Stoffe, Infectionskrankheiten u. s. w.) oder durch plötzlich eintretende Circulationsstörung im Gehirn (vasomotorische Neurose) im Sinne des Gefässkrampfes (Anämie) oder der Gefässlähmung (fluxionäre Hyperämie). Der erstere Zustand kann durch den Affect des Schreckens (Stupor, transitorische Verwirrtheit, Raptus melancholicus) direct oder auch durch heftige reflectorische Erregung (Neuralgie — Dysphrenia neuralgica, Delirium traumaticum etc.) hervorgerufen werden.

Der entgegengesetzte Zustand verdankt seine Entstehung nicht selten dem Affect des Zornes, calorischen Schädlichkeiten u. s. w. und giebt zu Erscheinungsbildern der sogenannten Mania transitoria Anlass.

Als veranlagende Bedingungen ergeben sich: organische Belastung und neuropathische Constitution (originäres labiles Gleichgewicht der vasomotorischen Centren, abnorme Erregbarkeit der Ganglienzellen der Hirnrinde), erworbene Invalidität des Centralorgans durch Trauma capitis, überstandene schwere Hirninsulte, bestehende Centralerkrankungen (Alcoholismus chronicus, Lues cerebralis und andere Herdaffectionen), initiale Psychosen, z. B. Dementia paralytica und centrale Neurosen (Epilepsie, Hysterie u. s. w.).

*) Wiener klinische Wochenschrift 1893, Nr. 50.

Das zur Beobachtung gelangte transitorische Irresein kann geradezu einen Hinweis auf solche veranlagende Bedingungen darstellen, namentlich wenn es so specifische Symptome aufweist, wie das epileptische und das hysterische.

Während die Klinik das Vorkommen und typische Detail dieser letzteren Formen schon längst genauer kennt, ist wenig darüber bekannt, dass auch auf Grundlage einer Neurasthenie transitorische Psychose vorkommt. Bei dieser mangelhaften Kenntniss des transitorischen neurasthenischen Irreseins liegt die Gefahr nahe, dass dasselbe mit klinisch ganz ähnlichen Erscheinungsbildern des epileptischen verwechselt werde, ein Umstand, der bezüglich der Prognose und der Therapie, namentlich aber hinsichtlich der künftigen socialen Stellung des Individuums verhängnissvoll werden kann. Umso wichtiger erscheint es bezüglich der differentiellen Diagnose, neben dem Detail der Symptome des Anfalles auch den intervallären, sowie den ätiologischen Bedingungen die grösste Aufmerksamkeit zu schenken.

Beobachtung 6. Transitorischer Angstzustand ähnlich einem petit mal.

L., 34 Jahre, Bahnwärter, gelangte am 19. November 1879 auf der Grazer psychiatrischen Klinik zur Aufnahme. Vater war Potator strenuus. Mutter sehr jähzornig. Fünf Geschwister sollen sehr reizbare Nerven haben; ein Bruder starb, 14 Tage alt, an Fraisen.

Patient ist von neuropathischer Constitution, hat neuropathisches Auge. Sein Sohn ist an Fraisen gestorben.

Er selbst war von Kindheit auf „nervenschwach“, litt viel an Kopfweh. Epileptische Antecedentien fehlen. Nach der Militärzeit kam er 1871 zum Bahndienste. Er diente zur Zufriedenheit, war kein Potator.

1872 litt er einige Zeit an Febris intermittens. 1875 mehrtägiger „Angstzustand“. Der Arzt constatirte „Irresein auf epileptischer Basis“, erklärte ihn für untauglich zum Bahndienste und für gemeingefährlich. Patient diente gleichwohl weiter und befand sich wohl bis zum Sommer 1879.

Da kamen Gemüthsbewegungen bezüglich einer Erbschaft, die ihm streitig gemacht wurde. Er grübelte viel darüber nach, fing an schlecht zu schlafen, appetitlos zu werden, bekam Kopfdruck, beständiges Kälterieseln, fühlte sich abgeschlagen, kaum mehr fähig zum Berufe, Morgens nach unruhiger, durch schreckhafte Träume unerquicklicher Nacht ganz matt. Er ass immer weniger auf Grund von Anorexie und Dyspepsie, die Pfeife schmeckte ihm nicht mehr, er erschien reizbar, ärgerlich verstimmt.

Er hatte in den letzten Nächten fast gar nicht geschlafen, litt an Kopfdruck, fühlte sich ganz matt und unbehaglich, ass fast gar nichts, empfand vom 1. November Morgens ab ängstliche Unruhe und fühlte

sich getrieben, umher zu laufen. Gegen 5 Uhr Abends liess es ihn nicht mehr auf dem Posten. Er ersuchte einen dienstfreien Collegen, ihn abzulösen, stellte seine Laterne an den rechten Platz, „damit kein Unglück geschehe" und lief, von Angst getrieben, in der Richtung gegen seine Wohnung. Es war ihm dabei, wie wenn ihm ein Verfolger auf den Fersen wäre. Er irrte die Nacht über herum, kam Morgens am 5. verstört heim, ging mit der Frau zur Kirche, dann zu den Eltern, ass dort etwas Suppe, fühlte sich darauf etwas leichter, jedoch sehr matt.

Nach zweistündigem Schlafe Steigerung der Angst. Es kam ihm die Idee, er müsse Steuer- und Gebetbuch Jemand entgegentragen, der ihn erlösen werde. Er lief mit den Büchern fort, kehrte aber nach einer Viertelstunde beschämt zurück, lag nun Stunden lang ermattet und ganz verwirrt da, entfloh gegen Mitternacht, irrte die Nacht auf den 6. herum, kehrte im Laufe des Vormittags heim, entwich neuerdings, wurde eingeholt und ins Krankenhaus gebracht. Er war dort noch vier Tage ängstlich, delirirte von Umbringen, Gift in Arznei und Essen.

Am 11. wurde er nach reichlichem Schlafe ganz lucid und gewann volle Krankheitseinsicht.

Die Beobachtung in der Klinik ergab ausser leichter psychischer Erschöpfung keine Symptome geistiger Abnormität mehr, wohl aber noch solche von cerebraler Asthenie, Dyspepsie, Anämie, gesunkene Ernährung, herabgesetzte Innervation im Gebiete des zweiten und dritten Astes des linken Facialis. Keine Schädelabnormitäten, keine anatomischen Degenerationszeichen.

Die Erinnerung für die fluchtartigen Episoden der Krankheit war eine nur summarische. Patient, der seinen überstandenen Zustand als „argen Schwindel, der ihm das Bewusstsein raubte, verbunden mit grossem Angstgefühle" bezeichnete, erholte sich bis zum 29. November recht befriedigend und wurde genesen entlassen. Das Gutachten schloss Epilepsie aus, diagnosticirte den Fall als transitorisches neurasthenisches Irresein, erklärte einen Rückfall für unwahrscheinlich. Patient wurde wieder in Dienst gestellt und blieb gesund.

Beobachtung 7. Transitorischer Angstzustand mit Delirium.

Herr F., 25 Jahre, aus schwer belasteter Familie (Vater leidet an Folie circulaire), Militär, seit mehreren Jahren in Folge von Masturbation an sexueller Neurasthenie leidend, seit einigen Monaten von Beschwerden im Sinne allgemeiner, besonders cerebraler Neurasthenie (Kopfdruck, geistige Hemmung, Begriffsstutzigkeit, Gedächtnissschwäche, unruhiger, unerquicklicher Schlaf u. s. w.) gequält, hatte am 6. und 7. October 1890 sich einer für sein Lebensschicksal entscheidenden

Prüfung unterziehen. Er war schlecht vorbereitet, zitterte vor dem Ausgange, hatte überdies Sorgen wegen drückender Schulden. Schon während der Prüfungstage hatte er sich ganz matt und im Kopfe confus gefühlt. Er half sich mit übermässigem Trinken von schwarzem Kaffee, um arbeiten zu können, bestand die Prüfung nicht, war darüber sehr verstimmt, schlief die folgenden Tage fast gar nicht. Am 10. October wurde er ängstlich, verwirrt, delirant. Man schickte ihn zu den Eltern heim. Unterwegs meinte er, er sei in einem Hetzzuge, man halte ihn für einen Mörder, wolle ihn mit Stricken einfangen. Er wähnte, er sei der Sohn eines 1849 hingerichteten Hochverräthers, hielt den ihn begleitenden Officier für den Kaiser. Er entfloh seinem Begleiter, irrte planlos herum, wurde von der Gensdarmerie aufgegriffen.

Am 12. October sah ich ihn. Er war noch leicht verwirrt, erschöpft, zeitlich und örtlich nicht orientirt. Am 13. war er lucid, hatte nur ganz summarische Erinnerung für die Zeit seines Deliriums.

Als das Delirium kam, sei ihm so eigenthümlich geworden. Es war ihm, als ob man ihm im Kaffeehause Schlechtes in den Kaffee gethan, wenigstens schmeckte er so eigenthümlich und roch ganz sonderbar.

Patient bot in der Folge massenhafte Erscheinungen im Sinne der Neurasthenie, genas allmälig in einer Wasserheilanstalt. Keine Degenerationszeichen, keine epileptischen Antecedentien.

Beobachtung 8. Transitorische ängstliche Verworrenheit.

Herr Z., 35 Jahre, Stationsvorstand der ... Eisenbahn, stammt von gesunden Eltern. Eine Schwester starb durch Suicidium in einer Lactationsmelancholie.

Z. war früher immer gesund, seit 1872 im Bahndienste, seit 1873 verheirathet. Schlechte Ehe durch unverträglichen Charakter der Frau, die 1884 davonging, das einzige Kind mitnehmend. Dadurch viele Gemüthsbewegungen. Schwerer, verantwortlicher Dienst, ungenügende Schlafzeit.

Seit Jahren schlechter Schlaf, oft gestört durch Aufschrecken und Herzklopfen. Seit geraumer Zeit grosse gemüthliche Reizbarkeit, seit einem Jahre neurasthenische Beschwerden — Kopfdruck, rasche geistige und körperliche Ermüdung, grosse Emotivität, Dyspepsie, Bulimie wechselnd mit Anorexie, Herzklopfen, Congestionen zum Kopfe u. s. w.) und Unlust zum Berufe, der nur aus Pflichtgefühl, jedoch pünktlich besorgt wurde. Mässiger Biergenuss.

Am 13. Juli 1885, nach angestrengter Tagesarbeit und grosser Hitze, hatte sich Patient an den Honoratiorentisch gesetzt und 2—3 Glas Bier getrunken. Gegen 7 Uhr wurde ihm plötzlich eigenthümlich bang, wie wenn er verfolgt würde.

Er weiss nur noch, dass er seinen Ueberzieher begehrte und denselben weiss angestrichen haben wollte. Von da ab Amnesie bis 11 Uhr Abends, wo man ihn in den Zug setzte und nach Graz brachte. Da kam er plötzlich wieder zu sich und fühlte sich ganz matt.

Patient war während der vier Stunden seiner Geistesabwesenheit schreckhaft verstört gewesen, blass im Gesichte, habe die Umgebung verkannt, ganz verwirrt vor sich hingesprochen, öfter davonzulaufen versucht.

Auf der Reise nach Graz war er noch etwas dämmerhaft, bei der Ankunft auf der Klinik (14. Juli Früh) ganz lucid. Er klagte grosse Müdigkeit, Kopfdruck, schlief unruhig, hatte schreckhafte Träume vom Irrenhaus, Liegen im Sarge, Känguruhs, die ihn anschnaubten.

Kräftiger Mann, Schädel regelmässig, vegetative Organe ohne Befund.

Keine epileptischen Antecedentien. Aetiologisch erscheint nicht unwichtig Abusus nicot. (8—10 Virginiacigarren täglich). Unter Hydrotherapie und allgemeiner Faradisation Schwinden der neurasthenischen Beschwerden.

Patient wurde nach 14 Tagen genesen entlassen und soll gesund geblieben sein.

Dritter Aufsatz.

Neue Erfahrungen über Vesania transitoria bei Neurasthenischen.

(1896.)

Beobachtung 9.*) Dämmerzustand. Delirium der Standeserhöhung.

X., Geschäftsdiener, 20 Jahre alt, aufgenommen 16. Juli 1892 (Journ.-Nr. 13303), stammt von sehr neuropathischer, zu Melancholie geneigter Mutter. Eine Schwester litt an Chorea und ist geistesschwach, 2 weitere Geschwister sind gesund.

Patient hat nie an Fraisen oder anderen Kinderkrankheiten gelitten, ausser Morbilli mit 6 Jahren keine schweren Krankheiten durchgemacht. Er war nicht besonders begabt, kam in der Realschule nicht fort, war von jeher leicht erregbar, erröthete leicht, zitterte bei geringer Aufregung, war alcoholintolerant, kein Potator, sexuell erregbar und bedürftig, kein Masturbant, etwa ein Jahr vor seiner Erkrankung abusiv in Venere.

In seiner letzten Stelle war er überangestrengt, musste täglich bis 1 Uhr Früh arbeiten, litt seit einiger Zeit an oft heftigem Kopfdruck.

Am 16. Juli hatte Patient wie gewöhnlich gearbeitet, nichts getrunken. Als er Mittags 12 Uhr zum Essen heimging, hatte er besonders heftigen Kopfdruck. Er weiss noch, dass er sich zu Tisch setzte — von da ab bis 2½ Uhr Nachmittags, wo man ihn weckte und einem Arzt vorstellte, besteht eine Lücke in seiner Erinnerung. Die Umgebung ergänzt diese Lücke dahin, dass Patient unauffällig heimkam, zu Tisch ging, als das Essen gebracht wurde, es von sich schob und erklärte, das sei für ihn zu schlecht, er sei ein Graf. Darauf sei er ans Fenster gegangen, um nach einem Wagen zu sehen, der auf ihn warte. Er verhielt sich ganz ruhig, kannte die Angehörigen, griff sich unter Aeusserungen von Schmerz an den Kopf, legte sich dann zu Bett und schlief, bis man ihn aufweckte.

Erwacht war Patient ganz lucid, wusste nichts vom Vorgefallenen, klagte über starken Kopfdruck, der erst Abends im Spital aufhörte.

*) Beobachtungen 9—17 aus „Wiener medizinische Presse" 1896, Nr. 1.

Auf der Klinik kam er Nachmittags ganz geordnet an, konnte nicht begreifen, wie eine solche Krankheit über ihn gekommen sei.

Schädel 55 Cm. Umfang, im Stirnbein etwas schmal, abnorm grosse Ohrmuscheln. Patellarreflex sehr lebhaft, Pupillen gleich, mittelweit, prompt reagirend. Leichter Tremor der Finger.

Vegetative Organe ohne Befund.

Nach gut durchschlafener Nacht am 17. Juli volles Wohlbefinden. Genesen entlassen am 20. Juli und seither gesund geblieben.

Beobachtung 10. Dämmerzustand. Delirium der Standeserhöhung.

H. Josef, Journ.-Nr. 6761, 18 Jahre alt, Schüler, wurde am 11. April 1890 auf der psychiatrischen Klinik im Wiener allgemeinen Krankenhause aufgenommen. Patient stammt aus gesunder Familie, hatte keine Convulsionen in der Kindheit, machte ausser Morbilli mit 4 Jahren keine schwere Krankheit durch, soll keine neuropathische Constitution geboten haben, ein ruhiger, fleissiger Schüler gewesen sein.

Seit Anfang April durch übereifriges Studium angestrengt, hatte er in den letzten Nächten vor dem 10. April fast gar nicht geschlafen. In der Schule war er durch verstimmtes hinbrütendes Wesen aufgefallen, daheim dadurch, dass er wie in Gedanken verloren war, öfter den Faden des Gespräches verlor.

Auch sprach er einmal von einer schlechten Qualification in der Schule.

Am 10. ging er wie gewöhnlich zum Unterricht um 2 Uhr Nachmittags.

Gegen Abend gab Patient eine Depesche in Pressburg an seine Eltern in Wien auf, in welcher er auf einen hinterlassenen Zettel aufmerksam machte. Dieser Zettel wurde gefunden und enthielt die Notiz, man möge ihm verzeihen, er habe mit einem Professor einen Zwist gehabt. Auf dem Telegraphenamte war Patient durch sein verstörtes Wesen aufgefallen.

In später Nachtstunde wurde Patient planlos in den Strassen von Wien herumdämmernd aufgegriffen. Er brachte die Nacht am Commissariat zu, erschien am 11. früh dem Polizeiarzt blass, zeitlich und örtlich sehr mangelhaft orientirt. Er wusste nicht anzugeben, wo er sich seit dem 10. Nachmittags herumgetrieben habe, behauptete, er sei der Kaiser von China, seit 8 Tagen auf der Reise zum Kaiser von Oesterreich, um ihm über die Zustände in China zu berichten. (Er hat in China ein Gesetz erlassen, wonach die Gymnasialprofessoren den Schülern Fünfer (schlechte Noten) nur mit Zustimmung der Schüler geben dürfen.

In solchem Zustande, verwirrt, blass, erschöpft, wurde Patient am 11. Vormittags auf die Klinik gebracht. Er schlief bald ein, schlief bis 12. April. Morgens erwacht, ist er zeitlich und örtlich vollkommen

orientirt, lucid, giebt geordnete Anamnese, hat summarische, durch Nachhilfe an Umfang und Detail gewinnende Erinnerung.

Er habe in den letzten 14 Tagen auf das Maturitätsexamen übermässig studirt, sei ganz abgespannt, von Kopfschmerz und Augenbrennen geplagt gewesen, immer aufgeregter und verwirrter geworden, so dass seine Mitschüler sagten, „Du gehst wie ein Verrückter". Eine schlechte Note habe ihm den Rest gegeben, ihn sehr aufgeregt. Am 10. Nachmittags habe es ihn getrieben, sich auf einem Spaziergang zu erholen. Er habe noch einen beruhigenden Zettel an seine Angehörigen geschrieben, sei planlos fort. Er sei ganz in Gedanken verloren, nur mit der Idee beschäftigt, die schlechte Note zu repariren, herumgelaufen. Er erinnert sich summarisch seiner mehr als 8stündigen Wanderung im Wiener Wald. Unterwegs sei ihm der Gedanke gekommen, Kaiser von China zu sein und habe er sich sofort dafür gehalten. Als er auf die Klinik kam, habe er noch Hämmern und Stechen in den Schläfen verspürt und ein Gefühl, als ob sich das Gehirn von dem Schädeldache loslöse.

Patient hat normalen Schädel (Cf. 55 Cm.), gesteigerten Patellarreflex, grosses Ruhe- und Schlafbedürfniss. Am 12. April hat er noch Mühe, sich an die Erlebnisse des früheren Lebens zu erinnern. Er erholte sich rasch, wurde am 18. April genesen entlassen und erfreute sich bei einem Besuche auf der Klinik am 27. April 1893 des besten Wohlseins.

Beobachtung 11. Traumzustand.

K., 15 Jahre alt, Schüler, wurde am 20. December 1894 der psychiatrischen Klinik in Wien übergeben.

Am 18. December war er aus seinem Domicil in der Nähe von Wien fort und hatte einen Zettel hinterlassen, „ich bin nach G. gegangen, um den Anzug zu holen". Dieser an die Adresse der Mutter gerichtete Zettel war ganz unverständlich.

K. war auch gar nicht nach G. gegangen, sondern in Wien herumgebummelt, wo ihn am 20. Vormittags ein Bekannter traf. Diesem erklärte K. auf sein Befragen, was er denn treibe, er sei hier in Paris, im Theater, sei mit der Flugmaschine hergefahren. Da K. so eigenthümlich dreinschaute und offenbar geistig gestört war, wurde er der Polizei zugeführt und von dieser der Klinik überstellt.

K. betritt dieselbe in ganz traumhafter Verfassung, örtlich und zeitlich vollkommen desorientirt. Er ist heiterer Stimmung, behauptet im Theater in Paris zu sein, erklärt, er sei ein Mädchen, heisse Hans Veronika, trommelt ab und zu mit den Fingern auf den Tisch, in der Meinung, er spiele Clavier, tritt mit den Füssen auf den Verbindungsbalken der Tischfüsse, um Orgel zu spielen, isst Brod und hält es für Chocolade.

Der ihn untersuchende Arzt scheint ihm ein Schauspieler. Er ist mit der Flugmaschine, die so rasch gegangen, nach Paris gekommen, es mögen schon einige Jahre her sein. Er lauscht hallucinatorischer Musik, frägt, ob das Theater bald anfange, hält einen Krankenwärter für eine aufgezogene Puppe. Seine Eltern kenne er nicht.

Er erinnert sich nur dunkel eines Bruders, der Gustav heisse. Das Stück, welches im Theater aufgeführt wird, heisst „Der Gustav ist frei geworden“.

Patient isst und schläft ausgiebig, bietet körperlich ausser weiten Pupillen und gesteigerten Patellarreflexen nichts Auffälliges, äussert ab und zu schmerzhaften Kopfdruck, verbleibt in seinem Traumzustande bis zum 25., wo er plötzlich lucid wird, sich im Spital zurecht findet und über heftigen Kopfdruck klagt.

Er hat eine vollständige Erinnerungslücke für die Zeit vom 18.—25. December, berichtet, dass er seit dem 30. November, an welchem Tage ein geliebter Bruder wegen des Verdachtes einer Unterschlagung im Amt verhaftet wurde, sich sehr kränkte, wenig schlief, sich zunehmend matt, leidend fühlte, viel an Kopfdruck litt und in den letzten Tagen vor dem 18. December oft ganz benommen im Kopfe war.

Vor dem 30. November war er immer wohl gewesen, hatte nie in potu excedirt, auch nicht masturbirt. Er stammt aus ganz gesunder Familie, war aber wenig begabt, hatte geringe Schulerfolge und soll bis zum 10. Jahre gestottert haben. Er hat eine Insuff. valvul. mitralis von unbekannter Entstehung.

Am 30. December 1894 wurde Patient genesen entlassen.

Beobachtung 12. Traumzustand. Teufelsvisionen.

Am 18. October 1893 wurde Herr X., Beamter, am Südbahnhof in Wien wegen bedenklichen Geisteszustandes angehalten und auf die psychiatrische Klinik im allgemeinen Krankenhause gebracht.

Anlass zu seiner Anhaltung war folgende Beschwerde an die „Löbl. k. k. Polizeiinspection: Die Südbahn will mir einen Expresszug nach Paris, woselbst ich mit dem Teufel noch heute sein soll, nicht freiwillig beistellen und habe ich schon die verflossene ganze Nacht darauf ohne Erfolg warten müssen. Die Löbl. k. k. Polizeiinspection wolle mir deshalb sofort den gewünschten Eisenbahnzug zur Verfügung stellen lassen. Die Kosten würden eventuell von der Gemeinde gedeckt werden. Achtungsvollst ergebener . . ., derzeit auf der Bereisung mit dem Teufel.“

Auf der Klinik erscheint X. scheinbar lucid, ruhig, geordnet, in Wirklichkeit aber in tiefem Traumzustand, dämmerhaft, zeitlich und örtlich ganz desorientirt, wunsch- und beschwerdelos, ganz affect- und

kritiklos, einsichtslos für seine Lage. Er ist gut genährt, fieberlos, hat normalen Schädel (Cf. 590 Mm.), feinen frequenten Fingertremor, sehr weite, prompt reagirende Pupillen, lebhaft gesteigerte Patellarreflexe.

X. giebt seine Personalien richtig an, erzählt, dass er, unbestimmt wann (thatsächlich am 15. October), aus seinem Wohnorte (Provinz im Süden von Oesterreich) zu Fuss fortgegangen sei. Bis zu diesem Tage habe er regelmässig im Bureau gearbeitet. Da habe er durchs Fenster in den Garten geblickt und den Teufel gesehen, welcher ihm winkte. Derselbe sei ihm als schwarze zottige Bocksgestalt mit Hörnern erschienen. Er habe sofort gemerkt, dass er diesem Folge leisten müsse. Der Teufel ging und tanzte vor ihm her, pfiff dazu, sprach aber nichts. Ihm folgend, sei er durch die Strassen des Ortes, dann auf die Landstrasse gekommen, einen oder mehrere Tage so fortgegangen, bis schliesslich auf einer ihm nicht mehr erinnerlichen Bahnstation der Teufel auf das Dach eines Waggons gesprungen sei. Da sei er mitgefahren bis Wien, habe eine oder mehrere Nächte, ohne den Teufel aus dem Auge zu verlieren, am Südbahnhof auf einen Extrazug nach Paris gewartet, da er der Meinung gewesen, der Teufel wolle dahin und er dürfe ihn nicht entwischen lassen. Mit seinem Begehren abgewiesen, habe er sich an die Polizei gewendet, die ihn aber hieher (ins Spital) brachte. Auch hieher sei der Teufel mitgefahren, er sehe ihn, so oft er zum Fenster blicke, auf einem Baume, auf ihn wartend. Er möchte endlich mit dem Teufel nach Paris fahren. X. lässt sich belehren, dass er im Spital ist, macht sich nichts daraus, dass er als Beamter ohne Urlaub seinen Posten verlassen und sich von seiner Familie nicht verabschiedet hat. Er fühlt sich wohl bis auf Kopfdruck. Während des ganzen Aufenthaltes an der Klinik bis zum 27. October ist Patient affectlos, mimisch verschleiert, herumdämmernd. Alle Kritik fehlt in diesem traumhaften Zustand. Er kümmert sich nicht mehr um den Teufel auf dem Baume, isst und schläft gut.

Am 20. kommt X.'s Vater. Er erkennt und begrüsst ihn, ohne jedoch über dessen Besuch verwundert zu sein oder nach dessen Grund zu fragen. Der Vater bringt einen von X. an seine Frau gerichteten, am 15. October unterwegs aufgegebenen Brief des Inhalts, er müsse dem Teufel nachgehen, sie möge ihm zu Hilfe kommen, damit er des Teufels habhaft werde.

Patient verbleibt die folgenden Tage in seinem traumhaften Zustand, isst, schläft befriedigend, klagt häufig über heftigen schmerzhaften Kopfdruck. Der Tremor verliert sich, die Pupillen verengern sich etwas und reagiren prompter.

Am 25. kommt des Patienten Frau zum Besuch. Er zeigt leichten und flüchtigen Ausdruck der Freude, verbleibt aber im Uebrigen dämmerhaft und sieht noch den Teufel auf dem Baume.

Am 27. October Früh nach gut durchschlafener Nacht erwachte X. lucid, in vollem günstigen Wohlsein, über seine Lage orientirt, aber in völliger Unkenntniss Alles dessen, was ihm seit dem Verlassen des Bureaus am 15. October passirt war. Nur für die Tage seit dem 21. October bestehen einige lebhaft betonte Erinnerungen, z. B. der mehrmalige Besuch des Vaters im Spital.

Für alles Andere — Reise, Vorgänge am Südbahnhof, Aufenthalt im Spital — besteht vollständige Amnesie.

Er erinnert sich nicht einmal an die Vision des Teufels — es habe ihm beständig vor den Augen geflimmert. X. fühlt sich vollkommen wohl, bis auf Kopfdruck und Ohrensausen.

Aus seinen und seiner Angehörigen Mittheilungen ergiebt sich hinsichtlich seines Vorlebens und der Umstände seiner Erkrankung Folgendes:

X., 37 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet, jedoch von neuropathischer Constitution, von jeher zaghaft, leicht gekränkt. Er lebte in glücklicher Ehe, war starker Raucher und sehr mässiger Trinker.

Seit längerer Zeit war er mit Berufsgeschäften überlastet gewesen und hatte dazu unangenehme amtliche Personalverhältnisse gehabt. Seit Monaten war er unter dem Einfluss dieser Momente neurasthenisch geworden. Er arbeitete nicht mehr so leicht wie früher, hatte eigenthümliche Angstgefühle bei der Arbeit, schlechten unerquicklichen Schlaf, schwere schreckhafte Träume, fühlte sich Morgens beim Erwachen ganz abgemattet. Auch plagten ihn Kopfdruck, Sensationen im Kopf, als ob kein Blut darin und Alles kalt wäre.

Im Amte hatte X. in letzter Zeit öfter die Unterschrift unter ausgefertigten Acten vergessen, im Uebrigen aber keine Verstösse gemacht.

Bis zum 10. October war er seiner Umgebung völlig gesund erschienen.

Von da ab hatte er fast gar nicht geschlafen, sich Nachts über Gepolter beklagt, wie wenn ober ihm getanzt oder Stühle durcheinandergeworfen würden. Auch hörte er bei Tage ein zirpendes Geräusch, wie von Cicaden.

Als er das Bureau am 15. verliess, habe er sich ganz verstört im Kopfe gefühlt. Einigen Bekannten, denen er auf der Strasse beim Fortgehen begegnete, erschien er äusserst wortkarg und in seinem Benehmen auffällig. — — — Am 27. October wurde Patient genesen entlassen. Als man ihm seine Beschwerde an die Polizei wegen des Extrazuges nach Paris zeigte, konnte er sich vor Erstaunen nicht fassen, einen solchen „Blödsinn" geschrieben zu haben. Er ging noch ein paar Wochen zur Erholung aufs Land und kehrte dann im vollen Wohlsein zu seiner Berufsthätigkeit zurück.

Beobachtung 13. Dämmerzustand mit Delirium der Standeserhöhung.

Am 6. Mai 1896 wurde G., Lehrling, 19 Jahre, der Klinik übergeben, da er sich als Präsident der Vereinigten Staaten von Nordamerika gerirt und den Kaiser von Oesterreich zu sprechen gewünscht hatte.

Patient betritt die Klinik ruhig, aber verwirrt, über Zeit und Ort nicht orientirt. Er weiss sich zwar in Wien, identificirt sich aber mit einem Amerikaner, copirt ziemlich gut in Haltung, Gesten und Sprache einen solchen.

Er erklärt sich für den Präsidenten der U. S. Wie lange er es sei, wisse er nicht anzugeben. Auch wie und warum er nach Europa gekommen, wisse er nicht. Sein Vorgänger im Amte habe Lincoln geheissen. Die Aufforderung zu schreiben, unter Anderem eine Proclamation an die Amerikaner, lehnt er ab, mit der Motivirung, er habe heftiges Kopfweh.

Auf die Frage, ob er Cleveland kenne, antwortet er mit englischem Accent und die Worte wie ein deutsch sprechender Engländer stellend: „Cleveland, ich habe gekannt, ich bringen hier eine Zeitung von die Präsident."

Seinen gerade in der Klinik als Patient (transitorische Psychose) weilenden Bruder verwechselt er mit einem Freunde K. Verkehr mit der Umgebung, über die er auch gar nicht reflectirt, lehnt G. ab mit der Erklärung, der Kopf thue ihm so weh. Er ist blass, hat weite Pupillen, gesteigerten Patellarreflex, normale Temperatur, sieht ermüdet, erschöpft aus, hat Bedürfniss nach Schlaf, schläft die Nacht auf den 7. Mai gut, kommt Morgens am 7. zu sich, erscheint ganz lucid, hat nur höchst summarische Erinnerung dafür, dass er nach Amerika zum Onkel wollte, heftigen Kopfdruck hatte, fühlt sich schlaff, abgeschlagen am ganzen Körper, auch sehr ruhebedürftig.

Patient stammt aus schwer belasteter Familie. Mutters Vater und dessen Schwester starben in der Irrenanstalt. Mutter und 2 Schwestern derselben leiden an Hemicranie, überdies an Hysterie. Der Vater des Patienten war mauvais sujet, Spieler, beging Unregelmässigkeiten und musste wegen eines Sittlichkeitsdelicts seines Amtes entsetzt werden.

Patient war als Kind nervös, kränklich, vom 9.–13. Jahre sehr der Masturbation ergeben, von da ab neurasthenisch, viel von Kopfdruck heimgesucht. Hysterische und epileptische Antecedentien sind nicht zu ermitteln.

In den letzten Monaten dissolute Lebensweise. Viel Verkehr in Turfkreisen und mit Amerikanern. Schwärmerei für Amerika, Pläne, sich dort eine Zukunft zu gründen. In den letzten Tagen vor der Erkrankung grosse Aufregung, da Patient im Widerspruch mit seiner bisher tadel-

losen Redlichkeit, die Uhr seiner Schwester entwendet und versetzt hatte.

Die Psychose war am Morgen des 6. Mai unter heftigem Kopfdruck plötzlich eingetreten. Patient klagte in der Klinik noch durch 2 Tage über solchen, erholte sich dann vollkommen und wurde nach einigen weiteren Tagen genesen entlassen.

Beobachtung 14. Dämmerzustand.

J. W., 34 Jahre, verheirathet, Schriftsetzer, seit Jahren wiederholt mit Bleikolik behaftet, angeblich unbelastet, ohne irgend welche neurotische Antecedentien, kein Potator, wurde von seiner Frau am 20. Juni 1895 als abgängig bei der Polizei gemeldet. Am 23. Juni früh $3\frac{3}{4}$ Uhr erschien er bei der Wiener Rettungsgesellschaft, mit der Bitte ihn ins Irrenhaus zu bringen. Er war lucid, geordnet, ruhig, klagte über heftige Kopfschmerzen, als ob man ihm das Hirn herausreissen würde und wusste über seinen Verbleib seit dem 20. nicht das Mindeste. Der Klinik am 23. früh zugeführt, gab er an, dass er seit 1891, wesentlich wegen pecuniärer Missstände und häuslicher Zerwürfnisse, leidend sei, sich matt fühle, viel mit schmerzhaften Kopfdruck geplagt sei, unruhig und unerquicklich schlafe.

Am 18. Juni, nach einem Streit mit seiner Frau, sei er vom Hause fort, zunächst zu Bekannten nach F., dann nach K. Am 20. Juni kehrte er nach Wien zurück, hatte heftigen Kopfdruck. Er erinnert sich noch, dass er etwa Nachmittags 2 Uhr aus dem Abgeordnetenhause, wo er einer Sitzung beigewohnt hatte, fortging. Was weiter mit ihm geschah bis zum 23. Juni früh 3 Uhr, wo ihn ein Wachmann an der Franzensbrücke (Wien) ansprach, ob er denn sich ins Wasser stürzen wolle, davon weiss er nicht das mindeste zu berichten. Er habe damals erkannt, dass es mit ihm nicht richtig im Kopfe sei und sich deshalb zur Rettungsgesellschaft begeben. Patient ist schwächlich, schlecht genährt, blass, hat leichten Bleisaum am Zahnfleisch, ist blass mit Stich ins Gelbliche. Die Pupillen sind weit, die linke weiter als die rechte, beide prompt reagirend. Patellarreflexe sehr leicht auslösbar. Ausser heftigem schmerzhaften Kopfdruck keine Klagen.

24. Juni nach gut durchschlafener Nacht kein Kopfdruck mehr. Psychisch normal. Patient wird nach einigen Tagen genesen bis auf leicht neurasthenische Beschwerden entlassen.

Beobachtung 15. Dämmerzustand.

Am 9. Juli 1895 3 Uhr Nachmittags ersuchte der 46 Jahre alte Theaterbedienstete Z. einen Wachmann in der Nähe der Rotunde im k. k. Prater (Wien), er möge ihn zur Excellenz führen. Er müsse mit dem Herrn wegen eines Vorschusses reden, den man ihm verweigere,

obwohl er mit Weib und Kindern in Nothlage sei. Auf's Commissariat gebracht, hält Z. den Commissär für einen Intendanten, verlangt zum Generalintendanten geführt zu werden, glaubt sich im Theater, im Logengang, hält den Wachmann, der ihn hergeführt, für den Logenmeister, weiss nichts davon, dass er im Prater war, dass man ihn daher geführt. Den Zweck der ärztlichen Untersuchung erkennt er nicht. Sich selbst überlassen, starrt er vor sich hin, in Schweigen versunken.

Patient geht in gleicher Verfassung, wie auf dem Kommissariat, der Klinik zu, kommt aber bald nach seinem Eintritt zu sich, erkennt seine Situation, schläft einige Stunden in der Nacht auf den 10. und berichtet geordnet und lucid am 10. früh, dass er am 9. Juli Mittags in der Theaterkanzlei neuerdings mit einem Gesuch um einen dringend nöthigen Gehaltsvorschuss abschlägig beschieden worden sei und dann in verzweifelter Stimmung planlos herumlief. Er weiss nicht, welchen Weg er genommen, noch überhaupt, was mit ihm von etwa 1 Uhr ab bis Abends, wo er in dem Spital sich wiederfand, vorgegangen sei.

Er vermag auch, als man ihm alles Geschehene mittheilt, keine bezüglichen Erinnerungen wachzurufen.

Z. ist unbelastet, frei von epileptischen oder hysterischen Antecedentien, auch kein Potator.

Er bezeichnet anstrengenden Beruf und drückende Familiensorgen als die Ursachen einer seit Jahren nachweisbaren Berufsneurasthenie.

Seine Frau berichtet, dass die Familie seit Jahren mit den drückendsten materiellen Sorgen kämpfe. Sie habe schon oft gefürchtet, dass ihr Mann unter der Last der Sorge zusammenbreche. Seit 2 Jahren sei er matt, ermüdet, muthlos, von Cephalaea gequält und schlafe schlecht. Er sei Nachts öfter aufgesprungen und habe gesagt, er müsse sich etwas anthun, da er das financielle Elend der Familie nicht mehr ertragen könne.

Die letzten Nächte seien ganz schlaflos gewesen. Am 9. habe er über heftigen Kopfdruck geklagt, sei sehr aufgeregt gewesen. Die neuerliche Verweigerung seiner Bitte um Gehaltsvorschuss habe ihn offenbar ausser Rand und Band gebracht.

Patient wurde am 10. auf seine Bitte entlassen, nachdem es gelungen war, für die nächste Zeit seine financiellen Sorgen zu beheben.

Beobachtung 16. Dämmerzustand. Suicidversuch.

J. R., 47 Jahre, verheirathet, Tischlergehilfe, sprang in der Nacht vom 17. auf den 18. October 1894 oberhalb Wien in die Donau, schwamm dann wieder dem Ufer zu und begab sich in das Wachzimmer einer Polizeiwache. Er war dort sehr deprimirt, klagte über Ruhelosigkeit, Selbstvorwürfe, Selbstmordgedanken, Schwere im Kopf, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Gedächtnissschwäche. Er erschien zeitlich und örtlich orientirt

und wurde am 18. früh der psychiatrischen Klinik übergeben. Er betritt sie vollkommen lucid, klagt über obige Beschwerden, bietet das Bild eines typischen Zustands cerebraler Neurasthenie.

Angeblich unbelastet, ohne epileptische und hysterische Antecedentien, früher kein Potator, sei er durch widrige häusliche Verhältnisse, Familien- und Existenzsorgen schon seit geraumer Zeit matt, müde, vermindert leistungsfähig, habe schlecht und unerquicklich geschlafen, Schwere und drückenden Schmerz im Kopfe verspürt.

Wegen Ausbleibens in der Fabrik sei er am 11. October 1894 entlassen worden. Subsistenzlos, in Sorgen über die Zukunft seiner Familie, habe er Vermehrung seiner körperlichen Beschwerden verspürt, dazu seien Selbstvorwürfe und Selbstmordgedanken bekommen. Um seinen Gram zu übertäuben, habe er jetzt angefangen (geringe Mengen) Schnaps zu trinken.

Am 15. October sollte er eine Arbeit antreten. Er weiss aber nicht, wie es kam, dass er nach Leobersdorf bei Baden fuhr. Abends kehrte er nach Wien zurück, übernachtete im Asyl. Am 17. ging er planlos nach Klosterneuburg und kam zu sich in der Donau.

Für den 15., 16. und 17., bis zum Gang nach Kl., hat er nur ganz summarische Erinnerung, für die Zeit, bis zu welcher er sich in den Wellen wiederfand, besteht totale Amnesie. Im Wasser kam er zu sich, rettete sich ans Land und hat von da an ungetrübte Erinnerung.

Patient bot in der Klinik ausser geringen neurasthenischen Beschwerden keinen Befund, erschien psychisch vollkommen im Gleichgewicht und wurde am 25. October genesen entlassen.

Beobachtung 17. Depressiver Dämmerzustand. Suicidversuch.

Am 28. Mai 1895 wurde die 21 Jahre alte ledige A. S. arretirt, weil sie sich in die Donau stürzen wollte. Sie motivirt ihr Taed. vitae mit Stellenlosigkeit, Schulden, Unfähigkeit für ihr Kind zu sorgen, Verstossensein vom Geliebten, den sie in einem bei ihr gefundenen Brief verflucht. Die S. weint heftig, zerreisst die Kleider, kommt verstört auf der Klinik an, klagt über heftigen schmerzhaften Kopfdruck, führt eine Puppe mit sich, die sie aus Kleiderfetzen sich gedreht hat. Sie ist verwirrt, verlangt nach einem Hölzchen, um damit zu spielen, behauptet, sie habe den babylonischen Thurm beim Commissär zurückgelassen, glaubt sich in einem Gefängniss, in das man sie gesteckt, weil sie 8 Monate für ihr Kind nicht mehr gezahlt habe. Sie kniet ab und zu nieder und gesticulirt mit den Armen, wie betend. Sie schläft ausgiebig, ist afebril, ohne Störungen vegetativer Organe. Sie behauptet, es sei der 15. Mai, ihr Geburtsjahr gibt sie mit 1873 an, das Kalenderjahr mit 1888. Sie behauptet, der Wachmann habe gesagt, sie müsse

3 Monate hier im Kerker bleiben. Sie macht unrichtige Angaben über Geburtsort und Schulbesuch, richtige über Familie und Vita anteacta. Sie hat vor 18 Monaten geboren.

Sie erscheint von gehemmtem theilnahmlosem Wesen, zeigt erschöpfte Miene, seufzt oft, spricht nur auf Befragen, leise, monoton, ist augenscheinlich traumhaft verloren.

Die Pupillen mittelweit, sehr prompt reagirend, feinwelliger frequenter Tremor der Finger, Klagen über schmerzhaften Kopfdruck, Scheitelhöhe und Wirbelsäule sehr druckschmerzhaft. Puls ruhig 80.

2. Juni. Andauernd ganz dämmerhaftes Verhalten, Eindrücke der jüngsten Vergangenheit haften nicht; Pat. ganz reactionslos gegenüber den Vorgängen in der Umgebung, seufzt oft auf, glaubt sich im Gefängniss.

3. Juni. Heute Nachmittag wie aus einem Traum erwacht, hat nur vereinzelte, unklare Erinnerungen. Ist nun lucid. Von jeher schwächlich, nervös, zu Verstimmung geneigt.

Seit der Geburt des Kindes vor 1½ Jahren viel Kummer, Sorgen, Verlassensein vom Geliebten, musste wegen Neurasthenie Stelle im März als zu schwer aufgeben, fand keine entsprechende, gerieth in Noth.

In letzter Zeit in Folge von Aufregung, Sorgen, Nothlage sehr herabgekommen, grosse Mattigkeit, andauernd Cephalaea.

Für die Dauer des Dämmerzustandes besteht absolute Amnesie; in keiner Weise wiedererweckbare Erinnerungsfähigkeit. Die anfangs vorhanden gewesenen Erinnerungsspuren sind verschwunden. Patientin erklärt, diese ganze Episode komme ihr vor wie ein Traum, den man nach dem Erwachen vergisst. Der Beginn der Amnesie ist nicht scharf festzustellen. Schon vom 20. Mai ab fehlen sichere Erinnerungsbilder. Vom 23. Mai bis zum 3. Juni besteht eine vollkommene Erinnerungslücke.

Patientin erholt sich von ihrer schweren Neurasthenie im Spital.

Psychisch bleibt sie frei. Ihre gedrückte Stimmung ist physiologisch und durch ihre traurige sociale Lage wohl motivirt.

Hereditäre Belastung nicht nachweisbar, aber Cranium rachiticum. Hysterische und epileptische Antecedentien fehlen. Patientin wird Ende Juni 1893 genesen entlassen.

Beobachtung 18. Dämmerzustand. Selbstanklagedelirium.

K. H., 41 Jahre, Handelsmannsgattin, aufgenommen 21. December 1893 in der psychiatrischen Klinik im allgemeinen Krankenhause in Wien, stammt von neuropathischen, sehr reizbaren, jähzornigen Eltern. Sie bot dieselben Anomalien von jeher, war nie schwer krank, heirathete 1879, gebar 8mal, zuletzt 1890. Zwei Kinder leben. Patientin war sehr angestrengt im Haushalt und Geschäft und hatte durch Kränkungen und selbst Misshandlungen seitens ihres seit Jahren zum Trunkenbold

gewordenen Mannes viel auszustehen. Sie litt sehr darunter, grämte sich, verbrachte meist die Nächte schlaflos, fürchtete sich vor ihrem rohen Manne, hatte Bangigkeit und Sorge, wie es ihr und den Kindern in der Zukunft ergehen möge. Sie wünschte sich und den Kindern in verzweiflungsvollen Stunden oft den Tod, dachte auch gelegentlich, ob es nicht am besten wäre, die Kinder und sich umzubringen, im Jenseits zu versorgen.

Pflichtgefühl und religiöser Sinn verscheuchten aber jeweils solche Ideen.

Bei All' dem fühlte aber Patientin ihre Gesundheit wanken. Sie schlief wenig, unerquicklich, wurde matt, müde, abgeschlagen, freudlos, hatte fast beständig eingenommenen Kopf.

Am 19. December hatte ihr Mann sich wieder einmal besonders brutal benommen, so dass der Patientin Bruder sie vor Thätlichkeiten schützen musste. Damit war der bedauernswerthen Frau auch die Freude des Christfestes, zu dem sie ein paar Gulden für die Kinder zusammengespart hatte, vergällt worden.

Sie schlief die Nacht auf den 20. nicht. Als ihr Mann am 20. früh wieder brutal wurde, entlief sie ihm mit ihren Kindern, brachte diese bei einer alten Frau, einer Bekannten in der Nähe von Wien unter und ging dann, offenbar schon nicht mehr recht bei sich, ohne klare Absicht wieder fort. Sie scheint herumgedämmert zu sein.

Am 20. December erschien sie auf einem Polizeicommissariat in Wien mit der Angabe, Vormittags gegen 10 Uhr ihren beiden Kindern mit einem Rasirmesser ihres Mannes den Hals abgeschnitten zu haben. Die Ursache dieser That sei eheliches Unglück und Unfriede. Nach verübter That sei sie davon gelaufen, um sich in der Donau zu ertränken. Sie habe es unterlassen, da sie nicht sicher wisse, ob die Kinder wirklich ihren Verletzungen erlegen seien. Die polizeilichen Erhebungen ergaben, dass die Kinder unverletzt und wohl daheim seien.

Da die Mutter verworren und geistesgestört schien, wurde sie vom Polizeiarzt untersucht.

Sie erschien verstört, zitterte, beharrte bei ihrer Selbstanklage und motivirte ihre vermeintliche That damit, dass sie nach ihrem Tod die Kinder nicht dem brutalen, trunksüchtigen Vater habe überlassen können. Sich selbst überlassen, starrte sie vor sich hin, ohne von dem um sie Vorgehenden Notiz zu nehmen.

Sie erschien zeitlich und örtlich desorientirt, wusste auch die Details ihrer angeblichen That nicht anzugeben.

Bei der Aufnahme in der Klinik am 21. December Abends derselbe Status. Sie weiss noch von ihrer That, nichts mehr aber von Selbstanzeige,

Vorgängen auf dem Commissariat, ist zeitlich und örtlich nicht orientirt, klagt über schmerzhaften Kopfdruck.

Am 22. nach mehrstündigem Schlaf äussert sie Zweifel, ob sie wirklich den Kindern den Hals abgeschnitten habe und vermag sich nicht zu orientiren, da sie nur ganz fragmentare Erinnerung von den Erlebnissen des Vortages besitzt.

Sie erinnert sich, dass der Bruder sie vor dem Mann schützen musste, dass sie mit den Kindern fort sei, zu einer „tauben" alten Frau, die vom Verbrechen nichts hören werde. Von allem Folgenden weiss sie heute nichts mehr. Sie glaubt sich seit 14 Tagen von Hause fort. Patientin in Ernährung reducirt, Pupillen über mittelweit, prompt reagirend. Scheitelhöhe sehr druckempfindlich und auch spontan Sitz schmerzhaften Druckgefühles. Geistig erschöpftes, ganz affectloses Verhalten.

Puls 90 oder. Temperatur normal. Am 23. December nach ziemlich reichlichem Schlaf ist Patientin geistig frischer.

Im Anschluss an den Besuch der Schwägerin und deren Versicherung, die Kinder der Patientin seien gesund, steigen ihr Zweifel bezüglich der Richtigkeit der Wahnvorstellung auf, aber sie ist noch dämmerhaft, geistig sichtlich gehemmt und offenbar zu energischer geistiger Thätigkeit noch nicht fähig.

Dazu kommt das rasche Verlassen ihrer Wahnvorstellung. Sie lebt nur mehr auf, wenn man darauf zu sprechen kommt und bleibt nach wie vor in diesem traumhaften Zustand affectiv ganz unbetont.

Am 24. ist Patientin ruhig, geordnet, aber still, offenbar noch erschöpft, Schlaf und Appetit befriedigend.

Am 24. Nachmittags war Weihnachtsbescheerung in der Klinik. Während derselben, angeblich durch den Anblick des Weihnachtsbaumes, die dadurch geweckte Erinnerung an ihre Kinder und durch die Rede des Vorstandes an die Anwesenden sei sie plötzlich wieder zu sich gekommen, habe eine Nachbarin gefragt, wo sie sei und Aufklärung bekommen. Sie habe sich sofort nach ihren Kindern erkundigt, für deren Weihnachtsbescheerung sie ja das ganze Jahr Geld zusammengespart hatte. Jetzt erst habe sie sich vollkommen über ihre Situation orientirt. Für die ganze Krankheitszeit habe sie nur eine dunkle Erinnerung verworrener Vorgänge gehabt, ohne sich irgend welcher Einzelheiten zu erinnern.

Thatsächlich ist die Erinnerung für Alles verloren gegangen seit jenem Moment, in welchem sie das Haus am 20. verliess, um zu der alten Frau zu gehen. Sie weiss nichts von den Vorgängen bei der Polizei, von ihrem Eintritt in die Klinik bis zum 24. Abends und ist sehr erstaunt, als man ihr den Sachverhalt berichtet. Sie erinnert sich

dunkel, während dieser Zeit an heftigem schmerzhaftem Kopfdruck gelitten zu haben. Genesen entlassen 11. Januar 1894.

Beobachtung 19. Dämmerzustand.

Th. P., 40 Jahre, geschiedene Frau eines Gewerbetreibenden, wurde am 7. Januar 1894 auf der Klinik aufgenommen. Sie stammt von einem Vater, der ein Säufer war. Dessen Bruder war mit einem Krampfleiden behaftet. Die Mutter litt höchstwahrscheinlich an Lues.

Frau P. war von jeher schwächlich, kränklich, nervös, aufgeregt, jähzornig gewesen, zur Zeit der Menses immer matt, vergesslich, leicht verwirrt, niedergeschlagen, mit Migräne behaftet.

Sie hat 2 mal abortirt, 2 mal rechtzeitig geboren, liess sich scheiden, nachdem ihr Mann untreu gewesen und sich luetisch inficirt hatte. Eine Tochter leidet an Vertigo epileptica.

Wegen häuslichem Kummer und nervösen Beschwerden ergab sich Patientin dem Uebergenuss von Alcohol. Nach Alcoholexcessen hatte sie in den letzten Jahren wiederholt Dämmerzustände von etwa 1 tägiger Dauer geboten, in welchen sie herumirrte. Amnesie für diese Episoden.

In den letzten Jahren war Patientin immer mehr neurasthenisch geworden. Nach reichlichen Alcoholexcessen setzte am 2. Januar 1894 neuerlich ein Dämmerzustand ein, in welchem sie planlos herumzog, am 7. wegen ganz verwahrloster Toilette auf der Strasse aufgegriffen und der Klinik überwiesen wurde.

Sie kam ganz verwirrt an, afebril, zeitlich und örtlich desorientirt, ohne Erscheinungen von Alcoholintoxication. Sie glaubte sich in der Gegend von Graz, interpretirte Ohrensausen als Rauschen des Murflusses, wollte durchaus zu ihrer Herrschaft (sie war früher in Graz in einem Dienst gewesen), meinte, sie sei in einem Eisenbahnwartesaal, hielt die Anwesenden für Mitreisende.

Sie sei in Leoben eingestiegen, wisse nicht, wo sie jetzt sei, sucht nach ihrem Reisegeld, Fahrschein, Gepäck, deren Abgang sie bemerkt, bleibt aber dabei ganz affektlos, wie in einem Traum. Sie erinnert sich unvollkommen ihrer Vita anteacta. Sie sei vor Jahren in Wien gewesen, habe gearbeitet bei der Mutter, einer Greislerin. Sie sei jetzt im Begriff eine Stelle in Graz anzutreten; sie wisse nicht, wo sie momentan sei. Man solle sie endlich fortlassen. Dem Lauf der Mur folgend, werde sie schon nach Graz kommen.

Dämmerhafte Miene, traumhaftes Wesen. Pupillen weit, prompt reagirend. Patellarreflexe etwas gesteigert, keine Tremores. Afebril, vegetative Organe ohne pathologischen Befund. Klagen über schmerzhaften Kopfdruck. Scheitelbeine sehr druckempfindlich. Sie motivirt den

Kopfdruck mit einer (vermeintlichen) Contusion, die sie sich durch Anstossen an der Coupéthüre des Waggons während der Fahrt zugezogen habe.

Am 13. Januar allmälige Aufhellung des Bewusstseins, zugleich mit dem Eintritt der Menses. Klagen über heftigen Kopfdruck, an dem sie seit Jahren leide. Völlige Amnesie für die Zeit der Krankheit bis zum 16. Januar.

Vom 17. ab vollkommen lucid, glaubt sich erst 2 Tage hier. Sie erinnert sich nur, dass sie unter heftiger Cephalaea um den 1. Januar ausging, um einzukaufen. Sie bestätigt seit Jahren vorhanden gewesene Neurasthenia cerebralis und theilt mit, dass sie in der letzten Zeit vor der jüngsten Erkrankung viel Aerger hatte, schlecht schlief, von schreckhaften Träumen gequält war, sich Morgens ganz zerschlagen fühlte.

Patientin bietet in der Folge bis auf neurasthenische Beschwerden nichts Besonderes und wird am 21. Januar 1894 genesen entlassen.

Beobachtung 20. Dämmerzustand.

C., 43 Jahre, verheirathet, Beamter, wurde am 4. Juni 1894 vom Polizeicommissariat der psychiatrischen Klinik übergeben.

Patient unbelastet, nie krank bis auf eine Malariaaffection vor vielen Jahren, ohne epileptische oder hysterische Antecedentien, streng solid, gut begabt, hatte seit 7 Jahren in guter Ehe gelebt. Seit einem Jahr hatte C. neben seinem anstrengenden Dienst sich für die Prüfung zur Erlangung einer höheren amtlichen Stellung vorbereitet und in den letzten Monaten sich übermässig geistig angestrengt. Er hatte wenig geschlafen, war Morgens nicht erquickt, fühlte sich matt, unaufgelegt zur Arbeit, den Kopf eingenommen. Gleichwohl hatte C. mit Aufbietung aller Willenskraft sich zur Arbeit fortgezwungen. Am 28. Mai fand er auf der Strasse einen Kreuzer. Als er ihn zu sich steckte, glaubte er einen Kukuk rufen zu hören, wurde unschlüssig, was er mit dem Kreuzer anfangen solle und schenkte ihn endlich dem Amtsdiener. Einige Tage später fand er in seinem Portemonnaie 2 Kreuzer, an deren Provenienz er sich nicht erinnern konnte. Er glaubte wieder den Kukuk rufen zu hören und bekam die Idee, das seien Glückskreuzer. Diese Idee drängte sich ihm als Zwangsvorstellung beim Arbeiten auf. Sie beunruhigte ihn, damit verband sich die Vorstellung, er könne diese 2 Kreuzer nicht rechtmässig erworben haben. Nun plagte ihn der Gedanke, was mit denselben anfangen. Er sah übrigens das Unsinnige dieser Ideen ein und reiste am 3. Juni nach Wien, wo er seine Prüfung ablegen sollte.

Er hatte die Nacht auf den 3. schlaflos verbracht, Tag über wenig gegessen und kam nach 12stündiger Eisenbahnfahrt ganz abgespannt und nervös in Wien an.

Da kam ihm nun der Gedanke, er solle die 2 Kreuzer als herrenloses Gut dem Kaiser übergeben, dessen Prägung sie tragen.

Ohne dass ihm irgend ein Bedenken kam, ging er gleich nach der Ankunft in Wien zum Commandanten der Burgwache, händigte dem erstaunten Offizier die 2 Kreuzer ein, worauf er sich sehr erleichtert fühlte und zunächst nicht mehr an die Angelegenheit dachte.

Am 4. früh begab er sich in Galauniform neuerlich in die Hofburg, um die deponirten 2 Kreuzer Sr. Majestät oder doch dem Obersthofmeister zu übergeben. Auf die Klinik gebracht, war er bereits zur Einsicht über das Krankhafte seines Vorgehens gelangt und erzählte den ganzen Hergang in vollkommen klarer und geordneter Weise. Er konnte nicht begreifen, wie er zu so fremdartig und wunderlich ihm jetzt erscheinenden Vorstellungen gelangt sei.

Patient erschien bis auf leicht neurasthenische Symptome (weite, überaus prompt reagirende Pupillen, etwas gesteigerte Patellarreflexe, feinwelligen Tremor der Finger) auch körperlich ganz normal. Die ganze Episode kam ihm wie ein Traum vor, jedoch bewahrte er eine treue Erinnerung für alle Details.

C. schlief sich gründlich aus, war am 5. vollkommen geordnet, wurde am gleichen Tage entlassen, machte nach einigen Tagen mit gutem Erfolg seine Prüfung und blieb von weiterer Krankheit verschont.

Beobachtung 21. Dämmerzustand. Delirien der Standeserhöhung.

Am 26. Februar 189. wurde Herr X., 40 Jahre, verheirathet, Beamter in Wien von der Sicherheitsbehörde der psychiatrischen Klinik übergeben. Er war um 10 Uhr früh in die Pfarrkanzlei G. gegangen, um den ihm bekannten Pfarrer Z. zu sprechen. Da der Pfarrer nicht anwesend war, beschloss er, auf ihn in dessen Kanzlei zu warten und schrieb dort folgende Telegramme, die er dem Messner übergab:

1. „An seine apostolische Majestät den Kaiser. Mahnung. Lebt er noch? 10 Worte. 20 xr.“

2. „Seiner erzbischöflichen Gnaden Herrn Cardinal von Wien. Frage: Vor welches Forum gehört der Priester? 14 Worte. 20 xr.“

Da X. dem Messner geistig gestört vorkam, holte er einen Wachmann, der X. aufs Commissariat brachte. Dort behauptete X., der heilige Geist sei ihm erschienen und habe ihm die Rede soufflirt, die er als Candidat für den Reichsrath halten wolle. Er sei nämlich Candidat für einen böhmischen Bezirk. Das Telegramm an den Kaiser habe den Monarchen an seine Pflichten mahnen sollen. Den gleichen Zweck habe das an den Erzbischof gehabt, der nur dem Namen nach ein Christ sei. Im Commissariate spricht er aufgeregt von Kant, Schopenhauer, seiner Candidatur für den Reichsrath.

Auf die Klinik gebracht, ist er erregt, schlägt über die Umgebung das Kreuz, verlangt, dass die Anderen dies auch thun, und ist sehr ungehalten, dass man seinem Verlangen nicht entspricht.

Er ergeht sich dann in längerer Rede über das angebliche Unrecht, dass man den jüngst verstorbenen Obersthofmeister auf einem längst geschlossenen Friedhofe beerdigt habe. Der Erzbischof sei kein Priester; Niemand kümmere sich um das kirchliche Wohl Wiens, das wieder katholisch werden müsse. Er könne nicht zugeben, dass die Juden den Pfarrer Z. vernichten. Derselbe gehöre vor ein katholisches Gericht, was er auch bereits an den obersten Kirchenfürsten Wiens telegraphirt habe. Er sei ganz klar im Kopf, so klar, wie er niemals gewesen, die Aerzte hier hingegen seien Narren. Heute Nacht habe er eine heilige Erscheinung gehabt, gegen Morgen sei die Klarheit über ihn gekommen, er habe sich so eigenthümlich gefühlt, es sei ihm vorgekommen, wie wenn er alle Fähigkeiten besässe, alle Sprachen beherrsche und in politischen Dingen eine bessere Einsicht besitze. Er sei der beste Candidat für Landtag und Reichsrath, allseitig zur Candidatur aufgefordert, weil man ihn als echt katholischen Mann kenne. Gedankendrang, besonders erleichterte Association bietet Patient nicht, auch ist seine Stimmung keine euphorische, sondern eine aigrirte.

Auf Zwischenfragen nach Befinden, früherer Lues, giebt er prompt Auskunft.

Patient erscheint gut genährt, blass, hat Andeutung von Cranium hydroceph. rachiticum. Sehr prompte Pupillen- und Patellarreflexe. Keine motorischen Störungen, kein Fieber. Schlaf auf 27. unruhig. Am 27. ist er ruhig, giebt präcise Auskünfte über sein Vorleben, berichtet von Lues 1876 mit energischer Schmierkur, von grosser Nervosität seit Juni 1895, die er auf Ueberanstrengung und Kränkungen im Dienst zurückführt. Er klagt über neurasthenische Beschwerden (Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Palpitationen). Besonders in den letzten Tagen sei er sehr erregt gewesen und habe vermehrten Kopfdruck empfunden.

Seit 4 Monaten habe er Alcohol gemieden, weil er ihn schlecht vertragen habe.

Sich selbst überlassen, hängt X. seinen Phantasien nach. Am 28. meint er, der Monarch sei gestorben, er werde jetzt Kaiser. Er ernennt einige Mitpatienten zu Ministern, verspricht ihnen grosse Geldsummen, hält sich für enorm reich, gedenkt Reformen einzuführen wie früher Kaiser Josef II.

Dabei ist Patient zeitlich und örtlich orientirt, findet aber nichts dabei, dass er im Spital ist und denkt gar nicht über seine Lage nach.

Am 29. wird er erregter, erklärt, er sei erleuchtet, verlangt unbedingten Gehorsam von der Umgebung, bietet grosses Selbstgefühl. Erklärt

sich für einen Doctor der Medicin, fordert 2 Stenographen, da er jetzt einen medicinischen Vortrag halten wolle. Dieser beziehe sich auf ein Universalmittel gegen alle Krankheiten, müsse in alle Sprachen der Welt übersetzt werden. Er werde für dieses Heilmittel ein Spital errichten und zu dessen Vorständen die Aerzte hier an der Klinik ernennen.

Daneben spricht er über die Stellung eines kaiserlichen Beamten, die Arroganz der Juden u. s. w.

Um 6 Uhr Abends wird Patient plötzlich lucid, hat genaue Erinnerung für die Details seiner Krankheit und erklärt Alles, was er gethan und behauptet, für Blödsinn. Von da ab bleibt er lucid und geordnet und körperlich wohl bis auf geringe neurasthenische Beschwerden.

X. entstammt einer gesunden in keiner Weise belasteten Familie. Ausser Lues 1876 (2 gesunde Kinder, keine Abortus), nie schwer krank gewesen. Lebte in guter Ehe, war kein Potator, trank seit einigen Jahren fast gar nicht mehr geistige Getränke. Seit 5 Jahren Coitus interruptus. Seit 15 Jahren im Staatsdienst und zeitweise sehr angestrengt bei vieler Nachtarbeit, hatte er bis vor 2 Jahren die Beschwerden des Dienstes leicht ertragen. Seither deutliche Berufsneurasthenie, zunehmende Reizbarkeit, fing an, sich mit seinen Vorgesetzten schlecht zu vertragen, hatte oft erregte Auseinandersetzungen, litt oft an Kopfdruck, Hitzegefühl am Scheitel, schlief schlecht, musste im Sommer 1895 einen 3 monatlichen Urlaub nehmen, erholte sich völlig, machte September und October wieder anstrengenden Dienst, erkrankte neuerlich, zugleich an Bronchialcatarrh, pausirte bis 20. Februar 1896, war aber, als er wieder ins Amt eintrat, noch recht nervös, aufgeregt, schlief schlecht. Da sein Dienst um 6 Uhr früh begann, musste er schon um 5 Uhr aufstehen. Im Amt neue Verdriesslichkeiten, dazu politisch aufgeregte Zeit, bevorstehende Gemeinderathswahlen, Absicht in seiner Heimath für Landtag und Reichsrath zu candidiren, wozu ihn auch seine Freunde befähigt hielten.

Vom 22. Februar ab war er durch 4 Tage absolut schlaflos, hatte heftige Kopfschmerzen, als ob der Kopf zerspringe. In der Nacht auf den 26. grosse Unruhe, es ging ihm alles Mögliche wirr durch den Kopf.

Am 26. früh hatte er ein ganz eigenthümliches gehobenes Gefühl, es kam ihm vor, er sei ein von der Vorsehung auserkorener Prophet, dazu auserkoren, auf der Erde überall Ordnung zu machen. Er hatte im Sinne, überall Reformen einzuführen; alle Menschen sollten glücklich werden, die Reichen dazu bewogen werden, mit den Armen zu theilen. Er weinte dabei vor Rührung, segnete sein Kind vor dem Weggehen, erschien um 6 Uhr früh im Amt, versah seinen Dienst, machte aber viele Verstösse, die er jedoch selbst bemerkte und corrigirte. Er

fühlte seine Arbeitsunfähigkeit, schrieb ein Urlaubsgesuch, das aber ziemlich confus und in der Form recht mangelhaft war. Bei der Ueberreichung (9 Uhr) machte er dem Amtsvorstand eine Scene ohne Anlass, wollte dann nach Hause, auf dem Wege dahin fiel ihm bei, er müsse den Pfarrer Z., den er kannte, besuchen, um sich zu erkundigen, ob er wirklich wieder angeklagt sei, wie es in den Zeitungen hiess. Patient hatte sich früher nie um des Pfarrers Angelegenheiten gekümmert. Damals aber kam es ihm vor, er müsse sich der Sache annehmen, um ein öffentliches Unrecht zu verhüten. Patient erinnert sich aller Details im Pfarrhof, wo er um 10 Uhr ankam. Auf den Pfarrer wartend, schrieb er bis 12 Uhr eine Art Apologie des Pfarrers, kam aber dabei in theologische und philosophische Auseinandersetzungen, über die heilige Dreizahl, über Kant, Schopenhauer u. s. w.

Zum Schlusse schrieb er die 2 Telegramme an die höchsten Spitzen der weltlichen und geistlichen Macht. Er wollte damit als neuer Prophet an sie eine Mahnung ergehen lassen, weil ihm die Auflösung des Gemeinderathes und die Stellung des Pfarrers vor ein weltliches Gericht als ein Unrecht erschien. Als Patient durch die Polizei auf die Klinik kam, fasste er dies als eine Fügung Gottes auf in der Meinung, er solle wie Christus durch Unbilden zur Grösse gelangen.

In der ersten Nacht im Spitale hörte Patient Geschrei: „Hoch Lueger, Gewehr raus, Patrouille, Oberst Regiment 72 vertreten, nieder mit Badeni, Bezirkshauptmann Friebeis." Er meinte, es sei draussen eine Schlacht. Diese Episode erscheint ihm retrospectiv wie ein Halbtraum. Patient hat für die geringsten Details seines psychischen Ausnahmszustands getreue Erinnerung. Seine Frau theilt mit, dass X. seit Jahren neurasthenisch war. Er beschäftigte sich viel mit Politik, las alle Zeitungen, studirte Gesetzbücher, wollte Abgeordneter werden. Sein Chef schildert ihn als fleissigen Menschen, der in letzter Zeit sehr nervös war.

Patient wurde am 17. März genesen entlassen und ist bisher von psychischer Störung frei geblieben.

Beobachtung 22. Dämmerzustand. Delirium der Standeserhöhung.

E., 47 Jahre, Gymnasiallehrer in R., ledig, wurde am 2. Februar 189 der psychiatrischen Klinik übergeben.

Die Eltern sollen gesund gewesen sein. Ein Bruder litt an Paranoia religiosa. Patient hatte als Kind Convulsionen, war von jeher eigenthümlich, pathetisch in seiner Redeweise, ein erfahrener Philologe, aber ungeschickter Pädagoge. Masturbatio strenua bis 1874, seither Neurasthenie (Kopfdruck, Mattigkeit, zeitweise Agrypnie, Herzklopfen, Tremor der Hände, Intoleranz für calorische Schädlichkeiten u. s. w.). Versuchte

nur 1 mal Coitus, der aber nicht befriedigte. R. Kryptorchie. 1882 und 1883 schwerer Neurasthenia cerebralis wegen Aufenthalt in Heilanstalten.

1890 nahm Patient wegen seiner Nervosität seinen Abschied. Er lebte dann ruhig auf dem Land, hegte mit Besserung seines Nervenleidens den Wunsch reactivirt zu werden, fand aber keine Erfüllung seiner Wünsche, jedoch wurde er in den letzten 2 Jahren als Supplent an einem Gymnasium verwendet, in welcher Stellung er zur Zufriedenheit diente. Im Laufe des Winters 189. hatte ihn die Idee einer Reactivirung wieder lebhaft beschäftigt und zu bezüglichen Schritten veranlasst. Zugleich war aber seine Neurasthenie wieder bedeutender zu Tage getreten.

Am 9. Januar 189 . hatte er ein Majestätsgesuch um Reactivirung eingereicht und lebte nun in der Hoffnung und Erwartung der kommenden Dinge.

Ende Januar, nach schlaflosen Nächten und unter zunehmender Nervosität, Kopfdruck, kam ihm der Gedanke, er sei, in Anerkennung seiner Verdienste, reactivirt. Er fühlte sich überaus glücklich und gehoben, bekam die Idee, als Lehrer der Erzherzogin Elisabeth berufen zu werden und eine einflussreiche Stellung bei Hofe, sowie einen Orden zu bekommen.

Patient war sehr erregt, bereitete seine Abreise nach Wien vor, notirte sich eine Anzahl von Namen von Beamten, die er zu Beförderungen und Adelsverleihungen vorschlagen wollte.

Um den 28. Januar kam ihm der Wahn zugeflogen, er sei zum Unterrichtsminister ernannt. In sofortiger Antretung seines Berufes reiste er noch 2 Tage in der Provinz herum, um Schulen zu inspiciren, und trat am 30. Januar die Reise nach seinem Posten in Wien an. Unterwegs depeschirte er an den Ministerpräsidenten: „Wo ist der Kaiser, wo die Kronprinzessin Stephanie? Freiherr von E. Sr. Majestät Cultus- und Unterrichtsminister“. Ausserdem sandte er folgendes Schreiben an die kaiserliche Cabinetskanzlei:

„Majestät! Ich stelle den allerunterthänigsten Antrag, die Gemeinde F. (Geburtsort des Patienten), welche zur Zeit Rudolfs von Habsburg, des Gründers unseres allerhöchsten Kaiserhauses, gegründet wurde, die ferner in Gestalt eines Z eine deutsche Meile weit nach Südwesten zieht, deiner getreuesten Unterthanen mehr als 2000 zählt, zur Marktgemeinde sofort allergnädigst zu erheben und deren Namen in Falkenau zu verwandeln.“

Ein anderes Schreiben war an die Frau Kronprinzessin-Wittwe gerichtet und hatte folgenden Inhalt:

„Ich bin der Ritter Lohengrin
Und komme bald, wenn Du erlaubst, nach Wien.
Zu Elsa von Brabant.
Ich warb bereits um Valerie,
Die edle Wittwe Stephanie,
Selbst unserm guten Kaiser
Schaff ich Verlegenheit,
Denn meine Braut heisst Adelheid."

Am 1. Februar kam E., der bisher nirgends auffällig erschienen war, nach Wien, fuhr direkt ins Unterrichtsministerium, übergab dem Portier sein Gepäck, liess sich bei dem Sectionschef melden, wurde aber nicht vorgelassen, ging darüber gekränkt in die Hofburg, um sich zu beschweren, kam auch dort nicht zum Wort, kehrte ins Ministerium zurück, drang bis in die Präsidialkanzlei vor, erklärte mit erhobener Stimme: „Hier habe ich zu befehlen, hier amtire ich, ich bin Unterrichtsminister."

Mit Mühe aus dem Ministerium entfernt, fuhr er ins Hotel. Von da aus depeschirte er nach Hause, er verzichte auf seinen Gehalt von 900 fl., da er Minister geworden sei.

Die Nacht auf den 2. Februar verbrachte er ruhig im Hotel. Am 2. ging er zum Gottesdienst in die Votivkirche, wo gerade eine militärische Gedenkfeier war. Als zum Schluss des Gottesdienstes die Militärkapelle vor der Kirche die Kaiserhymne intonirte, begann er in der Kirche mit lauter Stimme das Kaiserlied zu singen. Man entfernte ihn. Darauf ging er in eine Druckerei, bestellte sich Visitkarten „A. E. Freiherr v. E., Sr. Majestät Minister für Cultur und Unterricht", dann ins Hotel, wo ein Detectiv auf ihn wartete und ihn zur Polizei citirte. E. protestirte anfangs, da er Minister sei. Wenn der Polizeipräsident etwas von ihm wolle, so möge er sich zu ihm bemühen. Schliesslich ging er mit und wurde vom Commissar der Klinik zugewiesen, in welcher er ruhig, zeitlich und örtlich orientirt anlangte.

Er schlief bis frühmorgens am 3., war erregt beim Erwachen, verlangte seine Dokumente, Kleider etc., versprach den Wärtern hohe Orden.

Patient gut genährt, Pupillen weit, überaus prompt reagirend; starkes Erzittern der geschlossenen Augenlider. Tremor der Gesichtsmuskeln, der Zunge und Finger. Patellarreflexe gesteigert.

Patient hält an seinem Wahne fest, ist in der Folge aber ganz affectlos, ruhig, findet sich in die seinem Wahne nicht entsprechende Situation, benimmt sich vornehm, reservirt, macht psychologische Studien an den Kranken, verfasst Krankenberichte über sie, findet z. B. die Beobachtung eines Kranken (Paralytiker), der den Stephansdom und die innere Stadt Wien anschauen will, sehr interessant, seine Gedanken

äusserst gesund. E. spricht herablassend, belehrend mit den Aerzten, findet jede geistige Erkrankung, mit Ausnahme der Gehirnerweichung, für heilbar.

Am 5., nach der Demonstration in der Klinik, wobei Patient noch ganz in seinem Wahn lebte, ging eine bemerkenswerthe Veränderung mit ihm vor. Er wurde kleinlaut, verlegen, fing an zu zweifeln, dass er Minister sei, und gelangte am 6. zur vollen Klarheit, dass er in einem Wahne gelebt habe.

Seitdem man ihn in der klinischen Demonstration am 5. aufmerksam gemacht habe, dass ein wirklicher Minister ein Handschreiben Sr. Majestät haben müsse, sei er bedenklich geworden.

Bis dahin habe er vollkommen in seiner Täuschung gelebt. Er bedauere tief seinen Irrthum, der ihm alle seine Ersparnisse (300 fl.) gekostet habe.

Patient verblieb bis zum 8. März 189 , in der Klinik, vollkommen geordnet. Er besass eine peinlich genaue Erinnerung für alle Details seiner Krankheitserlebnisse.

Beobachtung 23. Dämmerzustand. Selbstanklagedelirium.

M. B., 32 Jahre, Officierswaise, wurde am 5. Juli 1893 zum zweitenmal auf der psychiatrischen Klinik im allgemeinen Krankenhause in Wien aufgenommen.

Mutters Vater war durch 12 Jahre wegen Irrsinn in einer Anstalt. Mutter leicht erregbar, jähzornig.

Patientin von jeher nervös, sonst gesund gewesen. 1885 Geburt eines gesunden Kindes. Von Jugend auf Abusus nicotianae (bis zu 25 Cigaretten täglich). Von Anfang 1889 ab Neurasthenia cerebralis durch angestrengtes Studium in einer Handelsschule. Vom März 1889 ab ganz abgespannt, emotiv, schreckhaft. Agrypnie, Unvermögen zu denken, zu lesen. Patientin stimulirte ihr Hirn mit Rauchen, Trinken von Thee mit Rum, arbeitete die Nächte durch bis zur Prüfung (13. Juli 1889), fiel bei derselben durch, erschien nun geistig ganz gebrochen und erkrankte an hallucinatorischem Wahnsinn Ende Juni 1889. In diesem Zustand kam sie zum erstenmal auf die Klinik (28. Juli). Sie hörte Gläserklirren, Klagerufe, Lärm, meinte, aus ihrem Mund dringe Elektricität, die Andere gefährde. Sie glaubte auf 10 Jahre dem Teufel verschrieben zu sein, wollte sich umbringen.

Im Verlauf beständiges Hören von Stimmen, die ihre Gedanken, noch bevor sie ausgedacht waren, aussprachen, ihr Allerlei vorschrieben, sie beschimpften, sie nicht schlafen liessen.

Körperlich Bild schwerer Neurasthenie. Anfang October Nachlass der Stimmen, Besserung des Schlafes. Ende October Correctur, Reconvalescenz. Genesen entlassen am 16. December 1889.

Patientin in der Folge leidlich wohl, brachte sich kümmerlich mit Stickerei durch, oft die Nächte opfernd.

Seit Mitte Juni 1893 hatte sie fast gar nicht geschlafen, Nachts gearbeitet. Sie fühlte sich immer schwächer, abgespannter, appetitlos, genoss 2 mal täglich Thee mit etwas Rum, hatte oft Angstgefühle und den Gedanken eines schweren bevorstehenden Unglücks.

Während kurzen Schlafes angstvolle Träume mit Aufschrecken.

Anlass zur Wiederaufnahme am 5. Juli 1893 bot ihre Selbstanzeige auf dem Polizeicommissariat, sie habe ihren Knaben erschlagen und gehöre an den Galgen. Man möge aber, mit Rücksicht darauf, dass ihr Vater Officier gewesen, sie lieber erschiessen.

Als man ihr den von Hause herbeigeholten Sohn gesund vorführte, erklärte sie, das nicht zu verstehen, da sie doch bestimmt ihren Sohn umgebracht habe. Auf die Klinik gebracht, machte Patientin die gleichen Angaben. Sie schlief etwas in der Nacht auf den 6. Juli mit 1.5 Chloralhydrat, erschien gedrückt, ängstlich, sehr blass, verstört, erwartete ihre bevorstehende Hinrichtung als Mörderin ihres Sohnes. Wo, wie, warum sie ihn umgebracht, wisse sie nicht anzugeben. Es sei gestern geschehen; sie sei dann gleich auf die Polizei gegangen. Sie habe all das nicht geträumt, sondern wirklich erlebt.

Patientin dämmerhaft, aber örtlich orientirt, erschöpft, blass, in der Ernährung sehr reducirt, anämisch.

Klagen über Mattigkeit, Kopfdruck, wie wenn ein Stein darauf läge. Pupillen sehr weit, prompt reagirend. Feinwelliger Tremor der Finger, von den Armen diesen mitgetheilt. Patellarreflexe sehr prompt.

Auf Amylenhydrat (5.0) in der Nacht auf den 7. Juli sehr ausgiebiger Schlaf. Aussehen frischer, Turgor vitalis besser. Patientin beginnt ihren Wahn zu corrigiren, anknüpfend an die Erklärung der Aerzte, dass wenn ihre Selbstanklage wahr wäre, sie ja nicht hier, sondern im Landesgericht wäre. Sie erkennt, dass sie phantasirt habe und sehnt sich, ihr Kind zu sehen.

Unter Amylenhydrat gute Nächte. Unter antineurasthenischer Behandlung rasche Erholung. Im Stat. retrospectivus giebt Patientin die obige Anamnese und ergänzt sie dahin, dass in Folge ihrer Arbeitsüberbürdung, wobei sie sich den Schlaf abbrechen musste, sie schrecklich nervös geworden sei. Gereiztheit, Unruhe, Mattigkeit, als hätte sie eine schwere Krankheit durchgemacht, Druck im Kopfe ohne eigentlichen Schmerz seien von Ende Juni ab ganz unerträglich geworden.

Am 5. Juli Mittags, während sie mit der Zubereitung des Mittagessens beschäftigt war, sei es plötzlich über sie gekommen, als habe sie ihr Kind umgebracht und müsse jetzt gleich die Anzeige davon bei der

Polizei erstatten. Sie könne das Ganze nur eine „Fata morgana“ nennen. Es sei ihr unbegreiflich, dass sie von einem solchen Gedanken überwältigt wurde, da ihr Sohn doch zu Hause vor ihr gestanden sei und sie ihn selbst, bevor sie zur Polizei ging, in der Wohnung einsperrte. Sie erinnere sich genau aller folgenden Ereignisse — an die Vorbringung ihrer Selbstbeschuldigung beim Polizeicommissär, an die Worte dieses Beamten, an die Art ihrer Unterbringung im Spital.

Während des 5. und 6. Juli habe sie beständig über die Sache nachdenken müssen, ob es so sei. Die Idee, wenn auch ganz unklar über die Details der Wahnthat, sei aber so lebhaft und ihre Fähigkeit, sich des wirklichen Sachverhalts zu erinnern, überhaupt an ihrer Idee Kritik zu üben, sei so darnieder gewesen, dass sie erst am 7. und unterstützt durch die Bemerkungen der Aerzte, zur Klarheit über die wirkliche Situation und zur Erkennung ihres schrecklichen Wahns gekommen sei. Auffallend ist ihr, dass sie in dieser wahnhaften Situation eigentlich gar keine Angst, wie ein wirklicher Verbrecher, gehabt habe.

Ende Juli 1893 wurde M. B. genesen entlassen.

Beobachtung 24. Dämmerzustand mit Delirium.

Herr W., 29 Jahre, Kaufmann, stammt von einer Mutter, die irrsinnig gewesen war, auch eine Schwester ist geistig gestört. Sonst nichts Belastendes in der Familie. Keine schwere Krankheiten. Von Kindsbeinen auf etwas nervös. Keine epileptischen oder hysterischen Antecedentien. Seit 2 Jahren mässige Berufsneurasthenie. Viel Sorgen wegen einer Liebesaffaire, welche die Neurasthenie steigerten, aber durch eine Verlobung beseitigt wurden. In der letzten Zeit Selbstquälereien, ob die geliebte Braut sich in seinem künftigen Domicil (kleinere Provinzstadt) glücklich fühlen werde. Am 6. März 189 . sollte die Hochzeit sein.

In der Nacht vom 3. bis 4. März schlief Patient schlecht. Er sah seine kranke Schwester im Traum, die ihn vor der Heirath warnte und ihm mehrmals sagte: „Du machst dich und das Mädchen unglücklich. Du darfst nicht heirathen.“

Er war am 4. darüber deprimirt, fing an, an seinem Lebensglück zu zweifeln, obwohl er sich sagte, dass er seine Braut treu und wahr liebe.

Er kämpfte gegen die Traumsuggestion an, sah den Unsinn dieser Obsession ein, aber am 5. war ihm bang, er hatte das Gefühl, er solle seine Trauung verschieben, verreisen.

Die Nacht auf den 6. (Hochzeitstag) schlief Patient wenig. Morgens Kopfdruck, banges Gefühl mit dem Drang fortzugehen. Es stieg ihm die hemmungslose Idee auf, seine Braut sei gar nicht in Wien, seine Schwester habe sie in eine Provinz im Süden der Monarchie entführt. Es trieb ihn seiner Braut nachzureisen. Dass heute sein Hochzeitstag

sei, dass sein Nichterscheinen einen Eclat verursachen werde, dass er sich zuerst vergewissern solle, ob seine Braut wirklich nicht da sei, kam ihm nicht in den Sinn.

Er fuhr auf die Bahn und bestieg den nach G. fahrenden Zug. Er hatte während dieser ganzen Reise ein leises Bewusstsein, dass er nicht normal sei und einen dummen Streich begehe. Am Bestimmungsort angekommen, trieb er sich auf dem Bahnhof planlos herum. Abends traf ihn dort sein ihm nachgereister Bruder. Patient war schon in beginnender Klärung seines Bewusstseins, als er mit dem Bruder zusammenkam und erkannte nach kurzer Besprechung seinen Unsinn.

Recht deprimirt kehrte er nach Wien zurück. Am 7. erschien er mit seinen Verwandten in meiner Sprechstunde vollkommen compos sui. Er hatte Erinnerung für alle Details des Vortags. Gewöhnliche Erscheinungen einer mässigen Neurasthenia cerebralis.

W. und seine Verwandten waren besorgt, dass sich ein solcher Zustand wiederholen könne. Ich war anderer Meinung, rieth zu Aufschiebung der Trauung, Behandlung der Neurasthenie. Der Vorschlag wurde acceptirt. Nach einigen Wochen Trauung im engsten Familienkreise. Seither glückliche Ehe und volle Gesundheit.

Beobachtung 25. Dämmerzustand. Delirante Reisepläne.

Am 3. März 1886 Abends 6 Uhr wurde der Grazer psychiatrischen Klinik von der Sicherheitsbehörde J. T., 34 Jahre, Tagschreiber, zugeführt, weil er verwirrt rede und beständig nach Amerika abreisen wolle.

Patient geht ruhig, äusserlich geordnet zu. Er ist matt, erschöpft, schlafbedürftig bei der Ankunft, faselt von einem Dampfschiff, mit dem er nach Amerika müsse, legt sich aber, ohne über seine Lage nachzudenken, augenscheinlich in ganz dämmerhafter Verfassung nieder, schläft die Nacht hindurch tief und erwacht am 4. früh lucid. Für die Zeit vom 3. Mittags bis zum Erwachen am 4. ist er amnestisch.

Man erfährt von seiner Frau, dass er am 3. früh ihr psychisch verändert vorgekommen sei, von einer nothwendigen sofortigen Reise nach Amerika gefaselt und gefragt habe, ob sie mitreise. Er gehe jetzt aus, um Fahrscheine zu lösen. T. ging fort, dämmerte, ohne auffällig zu sein, in den Strassen von Graz herum, erregte aber schliesslich doch Aufsehen, da er ganz planlos und ohne Hut auf den Strassen herumlief, wurde in diesem Zustand von einem Bekannten getroffen, der des Patienten Frau herbeiholte. Als sie ihn traf, sagte er: „Gehst du jetzt mit nach Amerika? Du bist mein christlich angetrautes Weib, wenn du nicht gehst, zeige ich dich an". Darauf brachte man T. ins Spital.

T.'s Vater war Potator strenuus gewesen, die Schwester seiner Mutter epileptisch. Mehrere seiner Geschwister hatten in frühester Kindheit an

Convulsionen gelitten. T. hatte sich normal entwickelt, als junger Mann Gelenkrheumatismus und später Typhus überstanden, nie ein Trauma capitis erlitten, nie epileptische Symptome geboten.

In den letzten Jahren hatte er etwas in geistigen Getränken excedirt, jedoch seit 4 Monaten bis auf die letzten Tage vor seiner Erkrankung abstinirt.

Seit mehreren Monaten hatte T. sich matt, abgeschlagen gefühlt, schlecht und unerquicklich geschlafen, nächtliches Aufschrecken, zunehmende Gemüthsreizbarkeit gezeigt und besonders Morgens über Kopfdruck geklagt. Die wesentliche Ursache dieser neurasthenischen Beschwerden war Ueberanstrengung im Beruf gewesen, indem er bis 2 Uhr früh oft arbeiten und gleichwohl um 6 Uhr schon wieder bei der Arbeit sein musste.

In den letzten Wochen hatte er fast permanenten Kopfdruck, grosse Mattigkeit und Erregtheit gespürt, sich kaum mehr fähig zur Arbeit gefühlt, an der Möglichkeit seine Familie zu ernähren zu zweifeln begonnen, wobei ihn, Zwangsvorstellungen gleich, Ideen beschäftigten, drüben in Amerika Reichthum zu erwerben. Bis zum 28. Februar hatte Patient in seinem Berufe gearbeitet. Vom 1. ab ging es nicht mehr. Er trieb sich auf den Strassen und in Wirthshäusern herum. Am 2. März acuter Magenkatarrh, Erbrechen, Anorexie. Die Nacht auf den 3. hatte er schlaflos zugebracht.

T. bot am 4. März grosse Erschöpftheit, mittelweite Pupillen von träger Reaction, keine Spuren von Alcoholismus, blieb vollkommen lucid und geordnet, vermochte die durch seine Krankheit geschaffene Bewusstseinslücke nicht auszufüllen, erholte sich in guter Spitalspflege und wurde am 13. März 1886 genesen entlassen.

Am 4. Januar 1889 kam T. neuerlich zur Aufnahme. Bis Anfang 1888 hatte er sich wohl befunden, solid gelebt. Von da ab, unter dem Einfluss von beruflicher Anstrengung und Familiensorgen, hatten sich wieder Erscheinungen von Neurasthenie gezeigt.

Gelegentlich Exacerbationen, unter Kopfdruck, Mattigkeit, Reizbarkeit, hatten sich wieder Anwandlungen seiner früheren Krankheit gezeigt. Er vernachlässigte in solchen bis 8 Tage währenden Episoden seinen Beruf; es zwang ihn, Reisepläne zu machen, Landkarten zu studiren, Projekte zu entwerfen, sein und der Familie Glück in überseeischen Ländern zu machen. Er sprach dann ernstlich davon, seine Habe zu Geld zu machen und fortzureisen, war vorübergehend ganz in diesen Ideenkreis versunken, zornig, wenn man ihm diese unsinnigen Ideen ausreden wollte, vermochte aber doch meist selbst noch einigermaassen Kritik an denselben zu üben, so dass es bei blossen Projekten ausgereicht

dieser, wesentlich nur als Zwangsvorstellungen zu betrachtenden und nachträglich auch erinnerten Reiseideen blieb.

Dann wurde er wieder plötzlich ganz klar, sah den ganzen Unsinn ein, nannte ihn selbst seine „Reisemanie“ und gab an, dass diese Anfälle jedesmal mit Kopfweh und Gefühl des Zusammenziehens des Gehirns zu einer Kugel begonnen.

In den letzten Tagen vor der Aufnahme hatte T. durch Anstrengung, Gemüthsbewegungen eine bedeutende Exacerbation seiner Neurasthenie erfahren. Nach mehreren schlaflosen Nächten, unter quälendem Kopfdruck und Zeichen geistiger und körperlicher Erschöpftheit debutirte T. am 1. Januar Morgens mit Plänen, sofort nach Ostafrika abzureisen, wo er durch Erwerbung von Reichthümern die Existenz seiner Familie schleunigst sicherstellen müsse, da er höchstens noch 6 Jahre zu leben habe.

Da er zu Hause nicht haltbar war, Miene machte, seine Habe zu veräussern, fand er Aufnahme auf der Klinik. Er betritt sie ruhig, äusserlich geordnet, aber mimisch verstört, erschöpft, blass, abgemagert. Sich selbst überlassen, versinkt er in Brüten über seine Reisepläne, ohne von der Aussenwelt Notiz zu nehmen. Er gleicht einem Träumer im wachen Zustand, trifft auch gar keine Anstalten zur Verwirklichung seiner Pläne. Spontan spricht er nicht, wenn aber interpellirt, motivirt er sein Verhalten in obiger Weise und bleibt jeglicher Correctur unzugänglich. Ausser Klagen über Kopfweh keine Beschwerden. Vegetative Functionen, Nahrungsaufnahme ganz befriedigend. Schlaf unruhig, spärlich, oft Aufschrecken. So geht es bis zum 17. Januar, an welchem Tag ein vollkommenes lucides Intervall besteht. Während dessen Dauer völlige Amnesie für die bisherige Krankheitszeit. Vom 18. ab wieder im Reisedelirium. Die geistige Hemmung mindert sich, die Associationen werden freier.

Noch ganz im Bann seiner Reiseidee protestirt er dagegen, dass man ihn etwa für geisteskrank halte, weil er nach Aussergewöhnlichem strebe. Auch Columbus sei dies passirt, als er übers Meer wollte.

Auch Mackay sei dahin gegangen und in kurzer Zeit Millionär geworden. Am 2. Februar nahm ihn über sein Bitten seine Frau aus der Klinik. Sofort erkundigte er sich nach Fahrgelegenheiten nach Ostafrika, wollte sein Mobiliar verkaufen, fortreisen, wurde gewaltthätig, als man ihn daran hindern wollte, so dass er am 4. Februar wieder nach der Klinik gebracht wurde.

Am 5. Februar Abends wurde ihm plötzlich im Kopfe „klar“. Nach erstmaliger guter Nacht am 6. Februar mimisch frei, volle Correctur, summarische Erinnerung für die 2. Periode der Krankheit. Patient theilt mit, dass er die ganze Zeit denselben heftigen Druck und Beengung im

Kopfe gefühlt habe. Er misstraut selbst dauernder Genesung, bittet um längere Belassung im Spital, erfährt entsprechende Behandlung, bleibt von Rückfällen verschont und wird im März 1889 genesen entlassen.

Es ist auffallend, dass der interessanten und practisch wichtigen, weil häufig vorkommenden transitorischen Psychose der Neurastheniker in der Literatur bisher so wenig Beachtung zu Theil wurde.

Werthvolle Beiträge zu diesem klinischen Gebiet hat Professor C. Mayer (Innsbruck) unter dem Titel „Sechzehn Fälle von Halbtraumzustand" in den Jahrbüchern für Psychiatrie XI, 3 geliefert. Er beobachtete 15 Männer, 1 Weib; 11 seiner Fälle waren neuropathisch belastet gewesen, 4 davon schon längere Zeit vor der Psychose deutlich neurasthenisch. In 4 weiteren unbelasteten Fällen brach die Psychose auf der Höhe einer durch erschöpfende Schädlichkeiten (Strapazen, schlechte Ernährung bei angestrengter Arbeit, Nahrungssorgen) acquirirten temporären Neurasthenie aus. Fast ausschliesslich handelte es sich um im jugendlichen oder frühen Mannesalter stehende Individuen.

Die Dauer der Psychose betrug Stunden bis 6 Tage, nur in einem Fall protrahirte sie sich bis zu 24 Tagen.

In allen Fällen bestand ein traumhafter Zustand, in 12 daneben temporär oder dauernd Verwirrtheit. Episodisch kamen öfter Angstgefühle bis zur Abwehr gegen die Umgebung vor. Ein passendes Beispiel solcher Verwirrtheit ist C. Mayer's 5. Fall. Er betrifft einen 18 Jahre alten Arbeiter, der aufs Polizeicommissariat kommt mit Brod, das ihm König Milan gegeben habe, das aber vergiftet sei. Er will sich seiner Kleider entledigen, weil Thiere drin seien, die ihn tödten wollen, äussert Angst, ermordet zu werden, bleibt verwirrt und gehemmt durch 3½ Tage, wird plötzlich lucid, hat complete Amnesie für die ganze Zeit der Krankheit, die durch Nothlage und relative Inanition vermittelt war.

In 4 der 12 betreffenden Fälle von Halbtraum mit Verwirrtheit bestanden Grössenideen (Erzherzog, Erwarten reicher Braut u. s. w.). Ein Kranker kaufte Laugenessenz und machte daheim einen ganz unmotivirten Selbstmordversuch, wie Mayer vermuthet, im Sinne der Erinnerung und Nachahmung des Selbstmordes eines geliebten Bruders, der sich vor einem Jahre entleibt hatte. Ein Anderer kaufte einen Revolver, kam aber zu sich, bevor er damit einen Schaden gestiftet hatte.

In sämmtlichen Fällen fand sich durchweg Amnesie für die Erlebnisse der Anfallszeit.

Die 3 von Mayer ausführlich geschilderten Fälle mögen hier kurz erwähnt werden.

1. A., 17 Jahre, wird auf der Strasse auffällig, kommt scheinbar geordnet, in Wirklichkeit aber in traumhafter Verfassung, auf die psychiatrische Klinik (Mai) 1888.

Er hält sich für General Boulanger, fabulirt einen ganzen Roman im Sinne dieses Wahns. Er spricht nur, wenn man ihn anredet, verhält sich äusserlich geordnet. Am 21. Tag Ansätze zu Correctur, am 24. völlige Lucidität.

Seine letzte Erinnerung datirt vom Vortag seiner Erkrankung. Er reist planlos aus Böhmen ab, dämmert 4 Tage in Wien unbeanstandet herum, concipirt nun den Wahn, Boulanger zu sein und sich in Paris zu befinden.

Amnesie für die 4 ersten Tage, summarische Erinnerung für die folgende Krankheitszeit.

Die Lösung der Psychose überdauert noch um einige Tage Kopfschmerz. Erbliche Belastung. Epileptoide Antecedentien.

2. Halbtraumzustand von 17stündiger Dauer nach erschöpfenden Strapazen. Ein Mann stellt sich 1891 in der Station der Rettungsgesellschaft Wien als Hauptmann Bader vor und bittet, ihm seine soeben in der Schlacht von Königgrätz blessirte rechte Hand zu verbinden. Nach 17 Stunden plötzliche Lösung dieses Traumzustands. Patient hat Narben von einer Verletzung des rechten Zeigefingers, die noch öfter schmerzen. Vom 1. März ab hatte er grosse Strapazen erduldet und nicht geschlafen. Am 5. März war er wegen des Gebrechens an der Hand bei der Assentirung zurückgestellt worden. Am 8. März Abends, im Begriff heimzureisen, war er unter heftigem Kopfschmerz plötzlich erkrankt und am 9. im Spital, unter Fortdauer des Schmerzes, plötzlich zu sich gekommen. Amnesie. Rasche Erholung von der Erschöpfung.

3. Ein 32jähriger Mann geräth 1891 auf einer Reise von Hamburg nach Dresden, wo er einen Posten antreten soll, in einen Traumzustand, kommt nach Wien, hält sich für Dom Pedro, Kaiser von Brasilien, fabulirt innerhalb dieses Wahns einen ganzen Lebensroman, schreibt eine Proclamation an sein Volk, kommt nach 5 Tagen plötzlich zur Wirklichkeit zurück, hat ganz summarische, grossentheils fehlende Erinnerung für die Krankheitszeit. Der Anfall war plötzlich nach mehrtägiger Schlaflosigkeit eingetreten.

4. Mann von 32 Jahren, wird 1890 in Wien auffällig durch Erkundigung nach der brasilianischen Gesandtschaft, er sei Kaiser von Brasilien.

Klagen über Kopfschmerz, Müdigkeit, Abspannung. Patient sehr gehemmt, weiss nichts vom Verbleib seiner Frau, nicht den Namen seines Kindes. Glaubt sich auf einem Schiff, spricht nur antwortend auf Fragen. Plötzliche Lösung. Amnesie. Seit Jahren Neurasthenie.

C. Mayer betont das Traumhafte dieser Zustände und die Unfähigkeit, Eindrücke aus der Aussenwelt zur Correctur des Wahns zu benutzen, also einen eigenthümlichen Hemmungsvorgang im Vorstellen, „wobei aber innerhalb des Wahngebiets phantastische Ausschmückungsfähigkeit besteht". Als Grundlage dieser Hemmungserscheinungen nimmt C. Mayer eine corticale Erschöpfung an, wodurch eine eigenthümliche Einengung des Bewusstseins gegeben ist und nur von dem herrschenden Wahn getragene Vorstellungen die Schwelle des Bewusstseins überschreiten könnten.

Die Uebereinstimmung der von C. Mayer geschilderten Fälle mit den von mir beobachteten ist eine vollständige.

Die Eigenartigkeit derselben innerhalb des Gebietes transitorischen Irreseins ist nicht zu bezweifeln.

Versucht man dem Krankheitsbild in seiner klinischen Eigenart näher zu treten, so erscheint es als die Acme eines Erschöpfungszustands im

Rahmen cerebraler Neurasthenie, als eine Episode im Verlaufe dieser Neurose. Die Asthenie ist, unbeschadet in der Mehrzahl der Fälle nachweisbarer hereditärer und individueller Veranlagung zu Neuropathien überhaupt, wesentlich eine Berufsneurasthenie, bei welcher Gemüthsbewegungen, missliche Lebens- und Familienverhältnisse die Wirkung des Surmenage unterstützen.

Bei einem dergestalt übermüdeten und überreizten Gehirn genügt dann ein geringfügiges Accidens in Gestalt eines psychischen Shoks, schlafloser Nächte, der Inanition durch Anorexie oder Nahrungsmangel oder eine letzte Anspannung der geistigen Kräfte im Beruf, um die Psychose in Gestalt eines schweren Erschöpfungszustands des psychischen Organs hervorzurufen. Bemerkenswerth ist, dass auch bei Unbelasteten unter dem Einflusse von Schädlichkeiten, die ungebührlichen Verbrauch an Nervenkraft bei mangelhaftem Wiederersatz herbeiführen, jene auftreten kann. (Beobachtung 1, 2, 3, 4, 8, 10, 14, 15, 16, 20, 21).

Schwer gestörte chemische Thätigkeit der Ganglienzellen der Hirnrinde, in Folge jener Schädigungen, ist offenbar das Substrat der klinischen Symptome.

Jene Störung des Chemismus ist auf 2 Bedingungen zurückführbar, auf Inanition und Intoxication. Die Inanition ist die Folge der durch übermässige Leistung, Agrypnie abnorm vermehrten Verausgabung von lebendiger Kraft, wobei der Ersatz in Gestalt chemischer Aequivalente, so lange die Ganglienzellen psychische Arbeit leisten, unmöglich ist. Dazu mögen mangelhafte Nahrungszufuhr oder wenigstens erschwerte Peptonisirung und Assimilation kommen, endlich, unter dem Einfluss vasospastisch gestörter Circulation im Gehirn, mangelhafte Blutzufuhr.

Die Intoxication im psychischen Organ erklärt sich durch Anhäufung schädlich wirkender Ermüdungsstoffe, bei ungenügender Oxydation und Abfuhr derselben in Folge mangelhaften Schlafes. Die klinischen Erscheinungen setzen sich aus Hemmungs- und Reizphänomenen zusammen, die ersteren überwiegen. Die Hemmungsphänomene lassen sich als Ausfallserscheinungen corticaler Function ansprechen im Sinne von partieller Seelenlähmung, Seelenblindheit, Worttaubheit, bis zu allgemeiner Hemmung im Sinne der Associationshemmung, der unmöglichen Schluss- und Urtheilbildung, der Hemmung der Bewusstseinsfunction in Gestalt von Dämmer-, Traum- und Stuporzuständen.

Dem Grad der Bewusstseinsstörung entspricht wohl das Verhalten der Erinnerung, die erhalten, getrübt, summarisch, meist aber fehlend sich erweist. Von grossem Interesse ist die schon von C. Mayer hervorgehobene erhaltene partielle Associations- und psychische Coordinations-

fähigkeit innerhalb des herrschenden (Wahn-) Vorstellungskreises, eine Erscheinung, die in ganz analoger Weise auch im Somnambulismus beobachtet wird.

Dem Grade der Inanition dürfte die Störung der Bewusstseinsenergie entsprechen. Als schwerster Ausdruck derselben erscheinen Stupor- und Verwirrtheits-, dann Dämmer- und Traum- bis Halbtraumzustände.

Bei den meisten dieser Kranken lässt sich die psychische Verfassung als Wachtraum bezeichnen. Als Reizphänomene, wohl als Ausdruck toxischer Vorgänge, lassen sich Angst, gewisse (schreckhafte) Delirien und Hallucinationen ansprechen.

Ein wichtiges Symptom im Krankheitsbild sind Delirien resp. Wahnideen. Sie finden sich in C. Mayer's Fällen 9 mal unter 16, in meiner Beobachtungsreihe 14 mal unter 25 Fällen.

Unter diesen 23 Beobachtungen mit Wahnbildung ist der Wahn 14 mal ein expansiver und zwar 10 mal ein Monodelirium im Sinne einer Standeserhöhung.

Seltener finden sich Delirien depressiven Inhalts (in meinen 25 Fällen 4 mal). Sie sind Monodelir, fix, nach Art der Delirien der Standeserhöhung, in Gestalt von Selbstanklagedelir (18, 23) oder vage, flüchtig, im Gefolge ängstlicher Verwirrtheit. Solches vages depressives Delirium mit Störung des Bewusstseins, im Sinne ängstlicher Verwirrtheit, scheint sich nur auf dem Boden relativer Inanition und vasospastischer Zustände im Gehirn zu finden. Bei schwerer Inanition dürften Delirien fehlen, und einfach ängstliche Verwirrtheit bis zu Stupor den Inhalt des Symptomenbildes darstellen.

In solchen Fällen deuten auch die körperlichen Erscheinungen (enge, drahtartig contrahirte Arterien, abnorm weite, träge Pupillen, wohl durch vermehrte Innervation der Vasodilatatoren der Iris) auf vasospastische Zustände im Gehirn hin. Von grossem Interesse und für die Erkennung der eigenthümlichen Hemmung, in welcher sich der geistige Mechanismus in diesen Wachtraumzuständen befindet, wichtig ist die Ermittelung der Entstehung der Monodelirien bei diesen Kranken.

Auffallend geringfügig ist der hallucinatorische Weg für solche Wahnbildung (12), ebenso der der Allegorie (C. Mayer's vermeintlicher Verwundeter) gegenüber der Entstehung des Wahns aus der Eigenbeziehung von Tagesereignissen (Zeitungslektüre u. s. w.) oder von kürzlichen Erlebnissen in traumhaft phantastischer Umgestaltung, ferner der Verwechslung von lebhaft Gedachtem, Geträumtem mit Wirklichkeit.

Das deutet mit Sicherheit darauf, dass plötzlich eine Aenderung im Bewusstseinsorgan sich vollzog, vermöge welcher Kritik, Besonnenheit, Sinneswahrnehmung, Associationsvorgänge eine schwere Hemmung bis

zur Unfähigkeit ihrer Leistung erfuhren. Vielleicht am schönsten zeigt sich dies in Beobachtung 25, deren Repraesentant in relativer Gesundheit an und für sich nicht unsinnige Auswanderungspläne hegte, mit Beginn neurasthenischer Zustände von entsprechenden Zwangsvorstellungen befallen wurde, die mit eintretender Psychose dann sofort die Bedeutung von Wahnideen gewannen.

Gute Beispiele von Umwandlung von im gesunden Leben offenbar bestandenen, lebhaft betonten Ideen einer Verbesserung der Lage, in Wahnideen einer eingetretenen Standeserhöhung, sind der Oberlehrer (2), der sich für einen Landesschulinspector hält, der Gymnasialprofessor (22), der Minister wird, der Schüler (10), der Kaiser von China wird und als solcher ein Gesetz erlassen hat, dass die Schüler künftig ohne ihre Zustimmung keine Fünfer (schlechte Noten) mehr erhalten dürfen; ferner der Lehrling (13), dem Europa nicht mehr behagte, der nach Amerika auswandern wollte und plötzlich Präsident der V. S. wurde. Dass sogar ein einfach nicht corrigirbarer Traum den Inhalt des Wahns bilden kann, lehrt jener Stationsaufseher (3), der sich für einen Stationsvorstand hielt. Auch die Selbstanklagewahnvorstellungen, wie sie die Beobachtungen 18 und 23 enthalten, finden offenbar ihre Begründung in entsprechenden Gedanken des relativ gesunden Geisteslebens, von denen die bedauernswerthen Mütter heimgesucht waren.

Bezeichnend für die Hemmung der Denkvorgänge, speciell der Kritik in solchem Zustand ist Beobachtung 23, wo die Mutter beim Fortgehen ihr gesundes Kind vor sich hat, gleichwohl auf die Polizei eilt und sich anklagt, dasselbe ermordet zu haben.

Treffliche Beispiele von Verwechseln von Gelesenem und Erlebtem resp. von Entstehung von Wahn aus Zeitungslectüre sind C. Mayer's „General Boulanger“ und die beiden „Dom Pedro's von Brasilien“.

Solche psychische Ausnahmszustände haben die grösste Analogie mit dem Traumleben, mit dem sie die Art der Wahnbildung auf Grund gehemmter Associationsthätigkeit und damit gehemmter Kritik und Urtheilsfähigkeit, gleichwie die phantastische Umbildung und Uebertreibung von irgendwie gegebenen Eindrücken gemein haben. Auch in sofern besteht hier eine Analogie, als erfahrungsgemäss Träume expansiven Inhalts am häufigsten in Zeiten körperlicher und geistiger Erschöpfung vorkommen und expansive Wahnideen bei solchen Wachtraumzuständen der Neurasthenikor prävaliren. Aus der gleichen körperlichen Grundlage ergiebt sich wohl zugleich die Erklärung für dieses Prävaliren.

Gleichwie beim Träumenden sind auch diese Delirien gemüthlich wenig betont und ihre Umsetzung in entsprechende Handlungen unterbleibt in der Mehrzahl der Fälle. Eine geringfügige Rolle spielen in

dieser Form der Vesania transitoria Hallucinationen. Sie finden sich nur in den Beobachtungen 12 und 21. In ätiologischer Beziehung bestätigen meine Erfahrungen die von C. Mayer, dass es vorwiegend jugendliche Personen sind, die dieser Krankheit anheimfallen. Das Ueberwiegen der Männer (20 : 5) über die Frauen in meinen Beobachtungen erklärt sich ohne Weiteres aus der exponirteren gesellschaftlichen Position der ersteren. Das plötzliche Einsetzen und die rasche Lösung der Psychose hat die Vesania transitoria der Neurasthenischen mit den anderen Formen des transitorischen Irreseins gemein. Die Bedeutung eines ausgiebigen reparatorischen Schlafs für die Genesung ergiebt sich aus der Mehrzahl der mitgetheilten Fälle.

Bezüglich der Dauer der Psychose ergeben sich grosse Verschiedenheiten. Sie währt von 2½ Stunden (9) bis zu 32 Tagen (25), im Durchschnitt 1—4 Tage. In diagnostischer Hinsicht sind die dämmerhafte oder traumhafte Verfassung des Sensoriums, die schwere Störung der Kritik auf Grund von Hemmung der associatorischen Vorgänge, die Seltenheit von Hallucinationen, die Häufigkeit von ganz märchenhaften Delirien, besonders solchen der Standeserhöhung hervorzuheben. Wichtig ist der Nachweis der Delirien als das mit Eintreten der Bewusstseinsveränderung correcturlose, weil durch Hemmung der Kritik uncorrigirbare Fürwahrhalten von Ideen, die als prämorbide in Gestalt von Luftschlössern, Zwangsvorstellungen oder wenigstens lebhaft sich aufdrängenden Gedanken oder Tageserlebnissen schon bestanden.

Dazu traumhaftes Wesen, Versunkensein, mangelhafte Betonung der Wahnideen durch entsprechende Affecte und seltene Bestrebung in ihrem Sinne zu handeln.

Ueberdies vorausgehende und folgende Erscheinungen eines cerebral asthenischen Gesammtzustands, initialer und begleitender Kopfdruck, erschöpfter, verschleierter Gesichtsausdruck, weite träge Pupillen, Erzittern der Lider beim Augenschluss, Inanitionstremor, gesteigerte tiefe Reflexe, gesunkener Muskeltonus, sofern nicht Delirien der Standeserhöhung im Spiele sind, abnormale Temperaturen, bedeutende Vermehrung des Indicangehalts des Urins.

Von grosser Wichtigkeit scheint mir die differentielle Diagnose dieser Zustände von ähnlichen, wie sie auf epileptischer Grundlage vorkommen. Schon in meinem ersten Aufsatz (S. 14) habe ich die Bedeutung einer solchen Differenzirung betont. Practisch kann es nicht gleichgültig sein, wie die Diagnose gestellt wird, da es sich um einen Menschen in recht verantwortlicher socialer Stellung handeln kann, der, wenn bloss an neurasthenischer transitorischer Psychose krank gewesen, bei der geringen Gefahr einer Recidive, seinem verantwortlichen Beruf ohne

Weiteres zurückgegeben werden kann, während dies bei epileptischer Bedeutung des Falles nicht zulässig wäre.

Die Diagnose in solchen zweifelhaften Fällen gehört jedenfalls zu den schwierigsten Aufgaben auf psychiatrischem Gebiete, denn die klinischen Bilder des neurasthenischen und gewisser Formen des epileptischen transitorischen Irreseins sind noch keineswegs endgültig erforscht und — wahrscheinlich vermöge nicht wesentlich verschiedener Gehirnveränderungen als Substrat des Anfalls, einander überaus ähnlich.

Auch aus dem Erweis oder Nichterweis epileptischer Antecedentien lässt sich kein sicherer Schluss ziehen, da ein positives anamnestisches Ergebniss zwar den Fall höchst epilepsieverdächtig macht, aber die Möglichkeit nicht ausschliesst, dass der Epileptiker zugleich neurasthenisch war, und die transitorische Psychose auf Rechnung der letzteren Neurose zu setzen sei.

Ueberdies kann es zweifelhaft bleiben beim gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der Epilepsie, ob anamnestische, zudem oft mangelhaft beobachtete oder berichtete epilepsieartige Phänomene einen sicheren Rückschluss auf vorhandene Epilepsie gestatten.

Es ist hier nicht zu vergessen, dass epileptoide Phänomene auch im Rahmen der Neurasthenie vorkommen und dass Leute mit epileptischen Traumzuständen selten oder nie mit Anfällen klassischer Epilepsie behaftet zu sein pflegen.

Differentiell diagnostisch kommen gegenüber dem transitorischen neurasthenischen Irresein epileptische Angst- und Verwirrtheitszustände einerseits und andererseits epileptische Traumzustände in Betracht.

Bezüglich der ersteren lässt sich differentiell-diagnostisch geltend machen, dass sie nur Stunden oder umgekehrt Monate lang andauern, dass sie gerade selten ohne epileptische Hinweise sind, oft geradezu postepileptisch in Erscheinung treten.

Auf Grund von Angst und illusorischer feindlicher Verkennung der Aussenwelt sind solche Kranken errabund. Es fehlt hier der Grundzug neurasthenischer Angstzustände, die grosse psychische und damit auch motorische Hemmung. Eben deshalb sind auch bedeutende und selbst gefährliche motorische Reactionen bei solchen Kranken etwas ganz Gewöhnliches. Immer ist hier das Bewusstsein schwerer gestört und nie fehlt Verwirrtheit. Die Erinnerung ist eine nur summarische für die Anfallserlebnisse. Recidive sind an der Tagesordnung.

Der folgende Fall möge als Paradigma solcher epileptischer Angst- und Verwirrtheitszustände dienen.

Beobachtung 26. Epileptischer Angstzustand.

O., 34 Jahre, ledig, Steinmetz, wurde auf meiner Klinik am 12. März 1878 aufgenommen.

Unbelastet, ohne epileptische Antecedentien, dem Potus nicht ergeben, früher gesund, war er im Spätherbst 1870 von Bauernburschen in einem Streit heftig gewürgt und mit dem Hinterhaupt an eine Wand geworfen worden. Er bekam Funkensehen, Ohrenklingen, wurde bewusstlos, kam nach 10 Minuten wieder zu sich, blieb aber benommen, betäubt durch einige Tage, hatte Halsschmerzen, Suggilationen.

Seither war er intolerant gegen hohe Temperatur und Alcohol gewesen, litt viel an Schwindel und Blutandrang zum Kopf, fühlte Abnahme seines Gedächtnisses, konnte nicht mehr so coulant schreiben und rechnen wie früher, zeigte Mangel an Ueberlegung und Geschicklichkeit im Beruf. Auch war er reizbar geworden und gerieth leicht in maasslosen Zorn.

1871, etwa ein halbes Jahr nach der Misshandlung, als O. in der Sonnenhitze arbeitete, verspürte er plötzlich Nachmittags Summsen im Kopf, Ohrenklingen, Schwindel, Betäubung und sank zu Boden. Nach kurzer Bewusstlosigkeit kam er zu sich, war aber nun ängstlich, lief in erheblicher Bewusstseinsstörung, ohne Motiv und ohne zu wissen, was er thue, zum Pfarrer, sah diesen mit 2 Köpfen, allerlei Thiere, schalt den Geistlichen aus, lief dann, von Angst getrieben, ohne Stiefel planlos fort, verletzte sich auf dieser Flucht die Füsse, wurde gegen 10 Uhr Abends planlos umherirrend gesehen, flüchtete in einen Wald, wo er einschlief und am anderen Morgen beim Erwachen nur ganz traumhaft sich des Vorgefallenen erinnerte. Von da ab bis zum Sommer 1873 befand sich O. bis auf zeitweisen Schwindel, Kopfweh, nervöse Erregtheit und psychische Reizbarkeit leidlich wohl.

Nun kamen etwa 3 mal wöchentlich Angstanfälle von etwa 1 Stunde Dauer, mit erheblicher Verwirrtheit und Bewusstseinstrübung. Sie wurden in typischer Weise eingeleitet von Vorstellungen, dass ihn die Leute würgen wollten, dass ihm etwas Schreckliches bevorstehe, er sich durch die Flucht retten müsse, und hinterliessen nur eine traumhafte, summarische Erinnerung. Vom Herbst 1873 bis Januar 1876 schwiegen diese Anfälle, aber geschwächte geistige Leistungsfähigkeit, Gedächtnissabnahme, Neigung zu Congestionen und grosse Reizbarkeit dauerten fort.

Vom Januar 1876 ab wieder Angstanfälle, fast täglich, meist Mittags beim Essen. Patient wurde schwindlig, betäubt, verwirrt, bekam Priapismus, delirirte von Vergiftung, wogegen er sich durch Trinken grosser Mengen von Wasser zu schützen suchte. Solche Anfälle von ängstlicher Verwirrtheit dauerten, allerdings mit Intervallen bis zu Monaten, typisch bis zum Eintritt in die Klinik fort.

Patient bot ausser etwas kleinem, plagiocephalem Schädel (Cl. 54), Parese des linken Mundfacialis somatisch nichts Bemerkenswerthes, psychisch erhebliche Schwäche und grosse Reizbarkeit. Trotz mehrwöchentlicher Beobachtung liessen sich keine irgendwie gearteten epileptischen Insulte constatiren. Die Angstanfälle traten unter Bromkali-Behandlung nicht mehr zu Tage.

Noch grössere Schwierigkeiten dürfte die Auseinanderhaltung epileptischer und neurasthenischer Traumzustände bieten.

Der meist expansive Inhalt der Wahnideen, der dämmer- oder traumhafte Zustand des Bewusstseins, die wenig beschränkte Association und Handlungsfähigkeit im Rahmen des Wahns, die meist nur Tage oder selbst nur Stunden betragende Dauer, das Zusichkommen wie aus einem Traum, die meist bestehende Amnesie für die Erlebnisse des Ausnahmezustands sind beiden transitorischen Psychosen gemeinsame Symptome.

Als Unterscheidungsmerkmale lassen sich vorläufig geltend machen: der grosse Wechsel der Intensität der Störung des Bewusstseins bis zu relativer Lucidität, und demgemäss das Schwanken im Werthcharakter der krankhaften Vorstellungen zwischen Zwangs- und Wahnideen bei epileptischen Traumzuständen, während die neurasthenischen auf der Höhe der Bewusstseinsstörung ohne deutliche Remissionen zu verharren pflegen.

Dazu kommt die nicht selten ausgesprochene epileptische Aura vor dem Anfall im Sinne einer hallucinatorischen (Umwogtsein von Gestalten, besonders solchen in rother Farbe, schreckliches Getöse u. s. w.), das Vorherrschen von Hallucinationen im Anfall bis zu förmlichem hallucinatorischem Delir, während Hallucinationen bei neurasthenischen Zuständen entschieden selten sind, überdies einförmig und stabil, gleichwie etwaige Wahnvorstellungen, nicht vielfach und polymorph wie bei epileptischem Traumzustand.

Ganz besonders wichtig erscheint ferner der Nachweis von episodischem Stupor im (epileptischen) Dämmer- oder Traumzustand.

Während bei rein neurasthenischen Fällen die Lösung des transitorischen Irreseins plötzlich und mit Wiedereinsetzen voller Lucidität zu erfolgen pflegt, geht in epileptischen die Psychose in der Regel durch ein postparoxystisches Dämmer-, Verwirrtheits- oder Betäubungsstadium hindurch, das selbst Züge des Stupor gewinnen kann.

Auch anamnestisch oder durch Beobachtung festgestellte Recidive sind zu verwerthen. Sie sprechen entschieden für epileptische Bedeutung des Falles.

Begleitende und intervalläre klinische Zeichen der einen oder der anderen Neurose mögen ebenfalls diagnostische Fingerzeige geben.

Sehr wahrscheinlich scheint mir aber, dass es Fälle giebt, in welchen sowohl eine gleichzeitig bestehende epileptische wie auch neurasthenische Neurose Einfluss auf einen solchen Traumzustand gewinnt und dadurch ein combinirtes Krankheitsbild entsteht.

Die folgenden 3 Fälle gestatten wahrscheinlich eine solche Deutung. Ich beschränke mich darauf, das, was im Bild der Neurasthenie fremd erscheint, mit gesperrter Schrift hervorzuheben.

Beobachtung 27. Neurasthenisch-epileptischer Traumzustand.

Am 14. October 1896 erschien H., 24 Jahre, ledig, Friseurgehilfe, auf einem Polizeicommissariat in Wien und bat um Schutz vor dem Scharfrichter, einem Manne mit *rothem Bart und grünem Mantel*, der ihm seit 3 Tagen nachgehe, ihm grundlos vorwerfe, einen Menschen gehängt zu haben und nun an ihm Vergeltung üben wolle. Derselbe habe ihm auch seine Baarschaft abgenommen. H. macht diese Angaben ganz verstört, vor Angst zitternd und wird sofort der psychiatrischen Klinik zugeführt.

Dort glaubt sich Patient im Vorzimmer des Scharfrichters, der bald zur Thüre, bald zum Fenster drohend hereinsehe und ihm einen zur Schlinge formirten Strick entgegenhalte.

Patient ist wie fascinirt von dieser Vision, starrt angstvoll nach derselben hin, erscheint schwer associativ und motorisch gehemmt und ist zu weiteren Mittheilungen vorläufig nicht zu gewinnen.

Er bietet müde, schlaffe, verschleierte Miene, gesunkenen Muskeltonus, schlaffen Gang und Haltung, verharrt angstvoll starrend im Bett, nimmt von der Aussenwelt keine Notiz. Die Pupillen sind mittelweit, von prompter Reaction, die Zunge zittert fibrillär, die tiefen Reflexe an den Unterextremitäten sind colossal gesteigert. Ein Schlag auf Sehnen, Knochen genügt, um allgemeinen Schüttelkrampf der U.E. hervorzurufen, der sich weiterhin auf O.E. und Rumpf fortsetzt. Die Haut ist hyperalgetisch und ihre Gefässe sind äusserst lähmbar (Dermographie). Im Urin sind keine abnormen Bestandtheile, Phosphate sehr reichlich.

Die erste Nacht verläuft schlaflos, die auf den 16. wird auf 2.0 Chloralhydrat durchschlafen.

Am 16. früh ist Patient mimisch *etwas* freier, aber bald erscheint wieder der Scharfrichter und übt seine fascinirende Wirkung. Man erfährt vom Patienten, dass die Polizei jenem zwar das Hängen verboten habe, aber er drohe, ihn nun durch einen seiner vielen Diener vergiften zu lassen.

Trotz dieser peinlichen Situation bietet Patient in der Folge keinen eigentlichen Affect und keine Versuche, sein vermeintlich bedrohtes Leben zu retten.

Grosse allgemeine Hemmung der psychischen Functionen, traumhafte Verfassung des Sensoriums. Am 16. Nachmittags etwa einstündige Remission, in welcher H. folgenden Brief an seinen Bruder schreibt:

„Lieber Victor! Ich möchte Dich doch bitten, mir zu helfen, ich bin seit der Zeit im Spital und weiss nicht warum, und bin bis auf den letzten Kreuzer beraubt."

Patient klagt über Kopfdruck („Kappe") und globusartiges Gefühl.

Die Remission wird wieder durch die Vision des Scharfrichters verdrängt und Patient ist wieder traumhaft gehemmt.

Am 17. früh nach guter Chloralnacht ist H. nur noch dämmerhaft. Er weiss, wo er ist, glaubt, es sei heute ein Sonntag im November. Er erinnert sich nicht, dass er einen Brief geschrieben, hat summarische Erinnerung für den Scharfrichter, den er vor einiger Zeit bei einer Hinrichtung in N. (thatsächlich) gesehen habe.

Er beschreibt ihn als unheimlichen Mann mit rothem Bart und grünem Mantel.

Im Laufe des Tages exacerbirt der Zustand. Patient sieht wieder das Phantasma und hat ein Gefühl, als ob er am Nacken gepackt werde (die ganze Nacken- und obere Wirbelsäule ist sehr druckempfindlich). Correcturversuchen gegenüber ist H. ganz unzugänglich. Er begreift nicht, dass Jemand ohne Straftat, Gerichtsverhandlung, Urtheil in die Gewalt des Scharfrichters gelangen könne, versucht auch seinen Wahn gar nicht mehr zu motiviren. Wiederholt Klagen über Kopfdruck, lebhaftes Erzittern der geschlossenen Lider.

Am 18. October Abends wird Patient plötzlich lucid. Er kommt wie aus einem „Traum" zu sich, hat Amnesie für die ganze Episode vom 14. October ab. Seine Erinnerung bricht an diesem Tage mit der Thatsache ab, dass er Morgens 6 Uhr den Geschäftsladen öffnete.

Von nun ab ist Patient noch einige Tage leicht dämmerhaft, aber über seine Lage orientirt und ganz geordnet.

Er klagt heftigen Kopfdruck, allgemeine Mattigkeit und Zerschlagenheit, schläft nur mit Nachhülfe (Brom-Antipyrin Codein) und ist vom Schlaf nicht recht erquickt.

Die ganze Nacken- und Rückenwirbelsäule ist höchst druckempfindlich. Die Steigerung der tiefen Reflexe in den U.E. reducirt sich auf Patellar- und Fussclonus. Das Lidzittern verliert sich.

Am 20. October Nachmittags wird Patient plötzlich wieder traumhaft, starrt vor sich hin, erklärt auf Befragen wieder den Scharfrichter zu sehen. Nach 5 Minuten Stat. quo ante leichter Umdämmerung. Für diesen Anfall besteht Amnesie,

sodass derselbe eine Lücke in der seit 18. Abends continuirlichen und ungetrübten Erinnerung bildet.

Vom 21. ab ist H. mimisch und psychisch endlich ganz frei und bleibt so, ohne dass irgend welche epileptische Phänomene zur Beobachtung gelangen, bis zur Entlassung am 31. October. Der Stat. retrospectivus, der wegen anfangs jeweils rasch eintretender psychischer (neurasthenischer) Erschöpfung nur in mehreren Sitzungen möglich war, ergab Folgendes: Keine hereditäre Belastung. Rachitis im 1. Jahr (untermittelgross, Schädel etwas aufgetrieben an den Tubera, Ct. 54 Cm. Säbelbeine, etwas grosse Epiphysen u. s. w.). Von jeher nervös, emotiv, schreckhaft, bei Schreck am ganzen Leibe zitternd.

Seit Monaten neurasthenisch gewesen (Kopfdruck, allgemeine Mattigkeit, rasche psychische und körperliche Ermüdbarkeit, Zusammenfahren beim geringsten Geräusch, grosse Erregbarkeit, ungenügender unerquicklicher Schlaf, mit häufigem Aufschrecken). Neuerlich Kränkung über den mit H.s Leistungen unzufriedenen Dienstgeber, der unter Anderem schlechte Arbeit, Rasiren der Kunden nur auf einer Gesichtshälfte und andere Zerstreutheiten mit Recht bemängelte. Dazu Zerwürfniss mit der Geliebten. Sorgen bezüglich der Zukunft, Gefühl beruflicher Insufficienz, schlechte Nächte kurz vor der Erkrankung.

Seit dem 11. Jahr Schwindelanfälle mit Bewusstseinstrübung ohne Aura, in deren einem Patient zu Boden stürzte (restirende Narbe am Nasenrücken.

Seit Jahren oft jeden 2. Tag petit mal Anfälle (plötzliche Erstarrung, stierer Blick, Fallenlassen von Gegenständen. Dauer kaum eine Minute, Amnesie).

Als Knabe schon jähzornig, oft grundloser Lachzwang, der ihm in Schule und Haus Prügel eintrug. Nie Trauma capitis, kein Potator, keine sexuelle Excesse.

1892 erster Anfall von impulsivem Fortlaufen nach Hause zu den Eltern, mitten aus der Arbeit (hatte gerade einen Kunden eingeseift), mehrtägiger Dämmerzustand mit nur ganz summarischer Erinnerung.

1895 2. analoger Anfall. Patient hatte damals ein eigenes Geschäft in einem Landstädtchen in Böhmen. Plötzlich kam ihm der Gedanke, nach Wien zu fahren und diese Stadt zu besehen. Er liess Alles stehen, seinen Laden offen, fuhr nach Wien, dämmerte durch einige Strassen, kam plötzlich ganz traumhaft zu sich, schämte sich des Vorgefallenen, getraute sich nicht heimzufahren, nahm eine Stelle in Wien an, wo er bis auf die letzte Zeit zur Zufriedenheit gedient hatte.

Bei der Entlassung am 31. October psychisch normal, aber noch neurasthenisch (leichter Kopfdruck, gesteigerte tiefe Reflexe, Wirbelsäule empfindlich, rasche Ermüdung, grosses Ruhebedürfniss).

Beobachtung 28. Neurasthenisch epileptischer Traumzustand mit Delirien der Standeserhöhung.

Am 16. November 1893 wurde ein junger Mensch in den Strassen von Wien mit derangirter Toilette herumdämmernd aufgegriffen.

Er behauptete, Graf K. aus Böhmen zu sein und wurde der psychiatrischen Klinik noch am gleichen Tage von der Sicherheitsbehörde zugestellt.

Der Unbekannte klagte über heftigen drückenden Kopfschmerz, bot das Bild eines schwer neurasthenischen, erschöpften, im Bewusstsein tief gestörten Menschen, gab aber ganz zusammenhängend an, er sei Graf K., vor 5 Tagen ungefähr nach Wien gekommen, weil ihn die anderen Grafen zu Standesgenossen und Priestern führen wollten. Es sei hier ein gräfliches Haus mit lauter Grafen in Uniform (Spitalkleidung), die ihm aber nicht gefalle. Es behage ihm hier nicht, er wolle fort, man lasse ihn aber nicht weg. Er besitze viele Schlösser, Pferde, Wagen. Ueber seine Herkunft ist nichts herauszubringen. Nach seiner Beschäftigung befragt, äussert er mit einer gewissen Suffisance, ein Graf arbeite ja doch nichts.

Sich selbst überlassen, versinkt Patient in traumhaftes Brüten. Er ist ein schwächlicher, mangelhaft genährter Junge, hat leicht rachitischen hydrocephalen Schädel, gesteigerten Patellarreflex, grosses Schlafbedürfniss. Pupillen weit, etwas träge reagirend, die Lider wie die eines Schlaftrunkenen nur halb geöffnet. Bis zum 19. erschöpft, viel Schlaf, ohne spontane Aeusserungen, auf Befragen immer die obigen Angaben wiederholend.

Von da ab ist er etwas regsamer, erwartet seine Abholung mit Equipage in das Schloss des Grafen X. in Wien. In der Nacht sieht er ab und zu schwarze Wagen mit schwarzen Pferden, angefüllt mit Grafen. Er beklagt sich, dass die anderen „Grafen“, da sie Nachts zuviel Lärm machen, ihn im Schlafe stören. Gelegentlich weigert er die Nahrung, weil sie für einen Grafen zu schlecht sei.

Andauernd schwere Bewusstseinsstörung, ganz desorientirt, spontan äusserungs- und actionslos bis auf gelegentliches Fortdrängen nach seinem gräflichen Schloss. Viel Kopfdruck, erschöpftes Wesen. Tremor der Hände, gesteigerte Patellarreflexe.

Am 15. December wird Patient mimisch und motorisch freier, klagt nicht mehr über Kopfdruck.

Er ist „Consul“, römischer Kaiser, Cäsar, Herakles, schreibt Tags über endlos und confus Zahlenreihen nieder, wird auffällig reizbar, unwirsch.

Am 21. Januar 1894 unter zunehmender Verstörtheit und Gereiztheit, wird er stuporös und bleibt so $1\frac{1}{2}$ Tage. Dann wieder dämmerhaft — Consul, Cäsar, Herakles.

Vom 20. Februar ab zunehmend freier und Klärung des Bewusstseins.

Am 3. März ist er endlich lucid, giebt seinen richtigen Namen an (Bohumil C.) und hat Amnesie für alle Erlebnisse vom 12. November 1893, wo er ohne Motiv planlos von seinem Dienst als Lehrling in einem Städtchen in Böhmen fortlief, bis Ende Februar 1894.

Am 22. März 1894 epileptoider Anfall (bewusstlos, Zuckungen im Gesicht und OE), gefolgt von 2tägigem Stupor. Dann wieder Stat. quo ante. C. erklärt, unbelastet zu sein, 16 Jahre alt, ohne epileptische Antecedentien. Seit der Kindheit öfter Anfälle von Hemicrania simplex.

Seit einem Jahr Neurasthenia ex masturbatione et potu (viel Cognac, den er als Lehrling in einem Kaufmannsladen trank). Ausser grosser Reizbarkeit und einem geringen Grad von Imbecillität bis zur Entlassung am 26. Juni 1894 nichts Auffälliges mehr.

Beobachtung 29. Traumzustand mit expansivem Delirium. Neurasthenie. Epileptische Antecedentien.

Am 15. Mai 1894 wurde im Inundationsgebiet am linken Donauufer bei Wien ein Mann in mittleren Jahren aufgefunden, der ganz nackt war, in der Hand einen Blumenstrauss hielt und als man sich ihm näherte, dem Strom zueilte. Er gab auf Fragen keine Antwort, äusserte spontan nur einzelne Sätze, wie „ich suche Eva, gieb ihr es, da ist sie, dort steht's." Dabei sah er wie suchend ins Leere, erschien schwer im Bewusstsein gestört.

Patient wird der psychiatrischen Klinik übergeben, geht in gleicher Verfassung zu, schaut, wie suchend oder beobachtend nach einem bestimmten Punkt oder geht ruhig in der Zelle auf und ab, ist stumm bis auf das Verlangen nach einer Peitsche, reagirt in keiner Weise auf die Vorgänge um ihn, nimmt Nahrung, ist schlaflos, episodisch leicht stuporös.

Vom 19. Mai ab wird er regsamer, schreibt auf einen Zettel: „Rudolf Polzer hinausgesprungen", drängt verwirrt fort mit den Worten: „gehen wir fort, gehen wir suchen, ich finde sie schon." Eine Auskunft ist von ihm nicht zu erhalten.

Am 21. Mai Abends wird er zugänglicher, giebt seinen Namen mit Josef Huber an, Schiffsmann aus Klosterneuburg, gestern mit dem Schiff hergekommen, jetzt im Wartesaal, um mit dem Dampfschiff zurückzufahren. Die Mitpatienten sind Passagiere, der Arzt ist ein „Vorgesetzter". Patient spricht von einem Rettungsgeld, das in Klosterneu-

burg für ihn erliege. Er habe den Rudolf, einen grossen Herrn, einen Verwandten des Herzogs, einen Sohn des Kaisers, den die Schwarzen in einem Kloster gefangen hielten, befreit und zu seinem Vater in die Burg gebracht. Er werde dafür ein Jahresgehalt von 4000 fl. von Rudolf's Frau bekommen. Patient macht diese Angaben nur auf eindringliches Befragen. Spontan fragt er nur, ob keine Waare zum Mitnehmen sei, da er Mittags nach Hause fahre. Ueber sein Vorleben ist nichts herauszubekommen, da Patient associationsfähig nur in seinem Wahnkreis ist. Die am Tische schreibenden Aerzte hält er für Beamte des Dampfschiffs.

Am 23. Mai (klinische Demonstration) ist er J.... Herzog (wirklicher Name) hält die Beamten für Dampfschiffsbeamte, behauptet, Arbeiter in einer Steindruckerei zu sein, aus Ungarn zu kommen, den Rudolf aus einem Kloster befreit zu haben. Wo er ist und wie er da hereingekommen, weiss der dämmerhafte Kranke nicht.

Am 27. Mai hält er den Professor für einen Stabsarzt, glaubt sich in einem Militärspital, verlangt zum 10. Artillerieregiment in W.-Neustadt. Er sei im Militärspital, weil er auf der Reise von Ungarn herauf vom Pferd gestürzt sei.

Anfang Juni wird Patient mimisch und associativ freier, dies aber nur in seinem Wahnkreis. Er fabulirt, dass er den Prinzen Rudolf aus den Händen der Schwarzen gerettet habe. Er ist Lieutenant der Artillerie, im Dienst der Frau Kronprinzessin, seit 3 Tagen hier. Er drängt fort zu einer gerichtlichen Commission, die im Kloster Untersuchung halte. Die Schwarzen werden kriegsgerichtlich erschossen.

Am 18. Juni ist er Oberst der Infanterie. Es ist heute der 19. Juli 1895. Am 17. Juli ist er von Ungarn heraufgeritten. Einen Geistlichen, der die Klinik betritt, hält er für einen Verschwörer in der Prinzenaffaire. Derselbe kommt, ihn zu vergiften. Darüber sehr erregt und drohend.

Am 7. Juli schreibt Patient einen langen und ganz geordneten Brief an die Frau Kronprinzessin. Er theilt mit, dass er 4 Jahre auf der Suche nach Rudolf war, ihn endlich gefunden, befreit und ins Militärspital gebracht habe. Geistliche hätten sich hier eingeschlichen, um Patient zu ermorden, aber er stehe unter gutem Schutz und fürchte nichts. Er werde seine Mission zu Ende führen, sämmtliche Schwarze justificiren, am 1. September R. auf den Thron setzen. Die 15 Millionen, die im Kloster gefunden wurden, habe er an einen sicheren Platz in der Schweiz gebracht. Er habe noch 3000 fl. zu Händen, um das Befreiungswerk zu vollenden. Er dankt für die Ernennung zum Oberst, muss aber vorerst sich in der Schweiz aufhalten, um das Recht zu requiriren und Rudolf in Sicherheit zu bringen, der, wenn er in die Hände der Schwarzen (Geistlichen) fällt, verloren wäre.

Am 16. Juli löst sich fast plötzlich der Dämmerzustand. Patient ist nun andauernd lucid und hat völlige Amnesie für alles Erlebte und Gefabelte vom 7. Mai ab. Den ihm vorgelegten Brief vom 7. Juli erkennt er nicht als von ihm geschrieben an. Er staunt über dessen Inhalt und erklärt ihn für Unsinn.

Patient giebt nunmehr eine zusammenhängende Darstellung seiner Vita anteacta.

Der Vater starb an Tabes, die Mutter litt viele Jahre an schwerer Migräne. Als kleines Kind hat Patient an Convulsionen gelitten, vom 3.—6. Jahre war er fast beständig bettlägerig (Scharlach, Typhus mit Nachkrankheiten). Während der Knabenjahre bis zur Pubertät hat er *Noctambulismus* gehabt. Seit der Pubertät viel Cephalaea („eiserner Reif um die Stirne"), die nach Trauma mit Commotio cerebri (1867 und 1871) häufiger und heftiger wurde. Patient will immer ein träumerischer verschlossener Junge gewesen sein, habe nur an Lectüre, nicht an Spielen mit Kameraden Gefallen gefunden, nie masturbirt, dagegen früh in Venere excedirt. Beim Militär nach $^1/_2$jähriger Dienstzeit wegen Haemoptoe (1878) superarbitrirt, wurde er Steindrucker, ertrug aber die scharfen Dämpfe der Chemikalien nicht bei diesem Gewerbe, wurde Kellner, ergab sich unregelmässiger Lebensweise, excedirte in Baccho et Venere, legte dadurch den Grund zu schwerer Neurasthenie (allgemeine Mattigkeit, Kopfdruck, Agrypnie, Paralgien, Spinalirritation, Verstimmung u. s. w.), wurde berufsuntüchtig, verkam immer mehr, beging Diebstähle, wurde zuletzt 1891 neuerlich mit 2 Jahren Kerker bestraft, verbüsste die Strafe in dem Strafhause Carlau, machte dort eine 14tägige Psychose mit Amnesie durch, während deren er getobt haben soll, wurde im November 1893 in die Zwangsarbeitsanstalt in Korneuburg abgegeben, von dort aus seit Mitte April 1894 bei Wildbachverbauungsarbeiten an der ungarischen Grenze verwendet. Patient berichtet, dass er damals viel an Kopfschmerzen und Digestionsstörungen gelitten habe und deshalb nur mit leichterer Arbeit betheilt worden sei.

Am 7. Mai bricht seine Erinnerung plötzlich ab. Er weiss nicht, wie er von dort weggekommen ist, hat nur noch verschwommene Erinnerungsbilder von langer Strassenwanderung, durchnässtem Liegen im Walde. Ebenso bestehen nur dunkle fragmentäre Erinnerungsspuren für die deliranten Erlebnisse der letzten Zeit der Krankheit. Er versichert aber nur ganz langsam durch Nachdenken seine Lucidität zurückgewonnen zu haben. Patient macht noch wichtige Mittheilungen über *seit der Kindheit vorgekommene Anfälle von Bewusstseinstrübung, in denen er irgend eine sinnlose Handlung beging, ohne hinterher, ausser durch Mittheilungen der Umgebung*

von derselben zu wissen. So habe er z. B. ein Glas zu Boden geworfen, in der Haftzeit wiederholt an seiner Arbeit (Lithographie) etwas ganz Verkehrtes gemacht, ohne zu wissen wann und warum. Einmal habe er sich bei der Arbeit geglaubt und sei zu sich gekommen auf einer Bank sitzend. Dabei bestand jeweils gleichzeitig Gefühl von Schwindel und Schwarzwerden vor den Augen. Zeitweise Bettnässen bis auf die letzten Jahre.

Patient, 37 Jahre, bot in der Beobachtung der Klinik, die bis zum 2. September dauerte, nie epileptische Phänomene, auch nur geringfügige neurasthenische. An der Stirn hat er einige oberflächliche unverdächtige Narben. Schädel normal. Cf. 38.

Die Prognose des transitorischen Irreseins auf neurasthenischer Grundlage ist eine günstige. In allen Fällen bisheriger Erfahrung erfolgte eine vollständige Genesung. Die Seltenheit der Recidive (3, 4, 25) erklärt sich wohl daraus, dass eine Reihe erschöpfender Bedingungen zusammentreffen müssen, um die Psychose hervorzurufen und dass deren neuerliche Combination nur selten sich ereignen wird.

Hinsichtlich der Therapie scheint eine Selbstheilung schon durch das Eintreten des Anfalls angebahnt, insofern während seines Bestehens die psychische Leistung auf ein Minimum reducirt ist.

Unterstützend wirken jedenfalls gute Ernährung, Anregung des Stoffwechsels (Bäder), Bettruhe, Beförderung des Schlafes. Der letzteren Indication werden nur ausnahmsweise Narcotica entsprechen, da die Ganglienzellen ohnehin schon mit Ermüdungsstoffen und Stoffwechselprodukten überladen sind.

Die forensische Bedeutung dieser Irreseinszustände ist trotz sehr reducirter Handlungsmöglichkeit eine nicht geringe. Fast alle meine Kranken wurden Gegenstand polizeilicher Anhaltung, 2 machten grundlose Selbstbeschuldigungen, 2 Selbstmordversuche, gleichwie im Fall von C. Mayer, der von einem weiteren berichtet, in welchem ein Revolver gekauft wurde.

Hinweise auf die Bedeutung solcher Irreseinszustände für das Forum criminale bieten die folgenden 2 Gutachten.

Vierter Aufsatz.

Gerichtsärztliche Gutachten.

a) Majestätsbeleidigung, Sinnesverwirrung (krankhafte Bewusstlosigkeit) auf Grundlage von Neurasthenie.*)

Ergebnisse aus den Akten. Am 27. Juli 1888 führte der auf der Durchreise in einem Gasthause in K. befindliche W. S., Privatgelehrter aus Polen, 42 Jahre alt, im Wirthszimmer ein politisches Gespräch. Im Verlaufe desselben äusserte S., der Kaiser solle etwas energischer gegen die Juden auftreten. Als ein Gast ihn ermahnte, er möge die Person des Kaisers nicht in das Gespräch hineinmengen, erwiderte S., es sei gerade nicht nöthig, von dem jetzigen Kaiser zu sprechen, man könne ja in der Geschichte weiter zurückgehen. Er dachte einige Zeit nach und sagte dann, „wie hiess doch nur der Kerl"? Als Zeuge D. sagte, mit der Bezeichnung „Kerl" könne er doch einen österreichischen Monarchen nicht meinen, sagte S. „Kaiser Josef II. meine ich".

Den Anwesenden machte S. den Eindruck, dass es bei ihm im Kopfe nicht ganz richtig sei. Als der Gastwirth den Fremden auf sein Zimmer führte, wackelte dieser etwas auf den Füssen. Die Kellnerin constatirte, dass S. während seines Verweilens im Gastzimmer etwa 5—6 Glas Bier getrunken habe.

Im Verhör vom 29. Juli 1888 giebt S. an, dass er 1874 in M. die Staatsprüfung über Philologie abgelegt habe und seit längerer Zeit an einer Nervenkrankheit leide, welche ihn gegenwärtig berufsunfähig mache. Er komme aus dem Kloster zu K., wo er sich vom 10. April bis 27. Juli aufgehalten habe. Er sei im Begriff nach Graz zu reisen, um dort einen Arzt wegen seines Leidens zu berathen.

Er könne sich nicht erinnern, über Kaiser Josef beleidigende und die Ehrfurcht verletzende Aeusserungen gethan zu haben, als er im Gastzimmer am 27. anwesend war. Er stellt in Abrede, damals betrunken gewesen zu sein. Er vertrage wegen seines Nervenleidens keine geistigen Getränke, und es sei ihm ärztlich untersagt, solche zu geniessen. Dadurch

*) Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 46.

dass er an jenem Tage gleichwohl einige Gläser Bier getrunken, sei er bewusstlos geworden. Er gebe die Möglichkeit zu, die von den Zeugen angegebenen und incriminirten Aeusserungen gethan zu haben, stelle aber in Abrede, die Absicht gehabt zu haben, die Ehrfurcht gegen den Kaiser Josef zu verletzen.

Am 28. Juli 1888 stellte der Prior des Klosters K. ein Zeugniss aus, wonach S. im Kloster verweilt habe, um sich von einer krankhaften Ueberreizung des Nervensystems zu erholen. Er verliess ungeheilt das Kloster, um einen Arzt zu berathen und sich einer Kur zu unterziehen. Solange S. im Kloster weilte, war sein Verhalten ein tadelloses. Niemand konnte sich erinnern, eine unehrerbietige Aeusserung über das kaiserliche Haus aus seinem Munde vernommen zu haben. Der traurige Verfall lasse sich nur erklären aus dem zerrütteten Zustand seines Nervensystems, der sich durch den in der Sonnenhitze zurückgelegten Weg nach K. verschlimmert haben möge.

Aus den Zeugenangaben ist zu entnehmen, dass den incriminirten Aeusserungen des S. ein lebhafter politischer Discurs vorherging, dass S. dem Einen den Eindruck eines betrunkenen, dem Anderen eines im Kopfe nicht richtigen, der Kellnerin den eines schwerhörigen Menschen machte.

Die Aeusserungen dürften etwa um 11 Uhr Abends gefallen sein.

Ergebnisse der persönlichen Exploration am 18. Aug. 1888. Explorat ist ein mittelgrosser Mann von regelmässigen Zügen, ziemlich gut genährt. Die Untersuchung der vegetativen Organe ergiebt keine auf organische Erkrankung hinweisende Symptome.

Der unstete Blick, die lebhafte Miene und Gesticulation, der in seiner Frequenz äusserst wechselnde Puls weisen auf ein nervöses Temperament hin.

Der sonst regelmässige und symmetrische Schädel hat einen die Norm um circa 3 cm übersteigenden Umfang von 59 cm. Erhebliche Steigerung der tiefen Reflexe, namentlich der Kniesehnenreflexe, sowie Druckempfindlichkeit einzelner Dornfortsätze weisen auf eine vorhandene Störung im Centralnervensystem hin.

Thatsächlich berichtet Explorat auf Befragen Symptome, die unschwer als solche von sogenannter reizbarer Schwäche im Centralnervensystem (Neurasthenie) und zwar speciell als Cerebrasthenie zu deuten sind.

So berichtet er von Kopfschmerz, Kopfdruck, zeitweisen Congestionen zum Gehirn, geschwächter Gedächtnissleistung, erschwertem Denken bis zur temporären Berufsunfähigkeit, schlechtem, unerquicklichem Schlaf mit häufigem Aufschrecken, rascher geistiger und körperlicher Ermüdung. Explorat versichert, seit über 10 Jahren an diesem Nervenübel zu leiden,

wenn auch mit zeitweisen, sehr erheblichen Remissionen. Dadurch sei er in seinem Studium und Beruf vielfach behindert gewesen. In den letzten Jahren habe sich sein Leiden so sehr gesteigert, dass er zu anhaltender geistiger Beschäftigung ganz unfähig wurde. Diese Verschlimmerung sei durch widrige Schicksale und Gemüthsbewegungen entstanden. Ein Trinker ist Explorat nicht, auch fehlen an ihm alle für habituellen Uebergenuss von alcoholischen Getränken sprechenden Symptome. In den letzten Jahren habe er geistige Getränke immer weniger ertragen und sich derselben im Allgemeinen auch enthalten. Anlässlich Gemüthsbewegungen und körperlicher Anstrengungen habe er allerdings sich hie und da verleiten lassen im Genuss geistiger Getränke Trost und Kräftigung zu suchen, aber derartige relative Excesse seien ihm immer schlecht bekommen, und wiederholt sei es ihm passirt, dass er dabei in Zustände gerieth, in welchen er anscheinend noch bei sich war, conversirte und handelte, ohne hinterher das Mindeste von dem zu wissen, was er gesprochen und gethan hatte. Thatsächlich befand sich Explorat seit Mitte April zur Erholung im Kloster K., consultirte kürzlich den Professor R. in G. und wurde von diesem zum Kurgebrauch nach S. gewiesen.

Er versichert, aus ganz gesunder Familie zu stammen, jedoch erfährt man von ihm, dass sein Vater ein höchst aufgeregter, nervös erregbarer Mann und dessen Mutter eine jähzornige, unverträgliche Frau war.

Ausser an einem Typhus mit 14 Jahren will Explorat nie schwer krank gewesen sein.

Er vermuthet als Ursache seines Leidens Onanie, der er vom 20. Lebensjahre bis vor 1½ Jahren ergeben gewesen sei.

Als Motiv für diese perverse Geschlechtsbefriedigung ergiebt sich eine angeborene krankhafte perverse Geschlechtsempfindung, insofern Explorat zu Männern inclinirt und durch das Weib geschlechtlich unerregbar ist. Diese sogenannte conträre Sexualempfindung regte sich in ihren ersten Anfängen schon im 10. Jahre. Sein geschlechtliches Bedürfniss war ein geringes, und so gelang es ihm, immer im Bereiche platonischer Verhältnisse Freunden gegenüber zu verbleiben. Die Befriedigung durch Onanie war ein Aequivalent für die seinem moralischen Sinn widerstrebende Befriedigung mittelst Männern und für die ihm von der Natur versagte Möglichkeit sexuellen Umgangs mit Personen des anderen Geschlechtes. Ein näheres Eingehen auf die charakterologische Besonderheit des Individuums ergiebt sehr entwickelte moralische und ästhetische Gefühle, idealistische und stellenweise sogar verschrobene Lebensanschauungen und eine sehr rege Phantasie. Bezüglich der Vorfälle am 27. Juli wurde folgendes vom Exploraten ermittelt.

Als er um die Mittagsstunde das Kloster verliess, befand er sich in einer erheblichen Gemüthsaufregung, da man ihm erklärt hatte, man könne ihn nicht im Kloster behalten, und seine Tauglichkeit zum Beruf eines Geistlichen bezweifelte. Bei heftiger Sonnenhitze will Explorat nun die 2½ Stunden Weges nach K. marschirt sein, wo er sehr ermattet vor Hitze, ganz erschöpft von der ungewohnten Fusswanderung etwa um 4½ ankam. Er spürte heftigen Kopfdruck und Schmerz. Es liess ihn nicht im dumpfen Gastzimmer, er schlenderte mehrere Stunden lang in K. umher, da es ihm unbehaglich war, und trank da und dort ein Glas Bier. Schon für die späten Nachmittagsstunden erscheint sein Bewusstsein getrübt, insofern er sich nicht zu erinnern weiss, wo überall er herumging; dunkel weiss er nur noch, dass er in einem Gasthause am Marktplatz einkehrte.

Wie und wann er in den Gasthof, in welchem er abgestiegen war, zurückkehrte, weiss er nicht. Er weiss nicht, dass und wie er im Gastzimmer verkehrte, was und mit wem er sprach, wie und mit wem er in sein Wohnzimmer kam. Am Morgen des 28. sei er in seinem Bette erwacht, mit vollständiger Erinnerungslücke für Alles seit der Rückkehr am Abend des 27. im Gasthof Erlebte.

Explorat giebt bereitwillig und prompt auf Kreuz- und Querfragen der Gerichtsärzte, bezüglich der Zeit, welche diese Erinnerungslücke umfasst, Auskunft. Man stösst niemals auf einen Widerspruch und gewinnt die volle Ueberzeugung, dass für die Zeit vom 27. Abends bis zum Morgen des 28. die Erinnerung vollständig mangelt.

Explorat erkennt bereitwillig an, dass die Zeugen die Wahrheit gesprochen, er gesteht freimüthig zu, dass er als sehr klerikal gesinnt, mit den Ansichten und Bestrebungen, wie sie die Geschichte von Kaiser Josef II. berichtet, nicht einverstanden sei, aber wenn er etwas gegen diesen Monarchen gesprochen, so habe er es seiner selbst nicht bewusst gethan. In bewusstem Zustand hätte er sich nicht so ausgesprochen, jedenfalls müsse er jeglichen Animus injuriandi in Abrede stellen.

Er weiss sich nicht zu erklären, wie er in einen derartigen unbewussten Zustand gerathen sei, stellt Berauschung in Abrede, wird ängstlich, als man ihm andeutet, dass jener Zustand mit seiner Nervenkrankheit in Beziehung stehen dürfte, und meint, dann laufe er ja Gefahr, abermals in solche Zustände zu gerathen.

Gutachten. Die fehlende Erinnerung des Exploraten für die Erlebnisse am Abend des 27. Juli spricht zu Gunsten der Annahme, dass er sich während der Zeit, welche die Erinnerungslücke umfasst, in einem psychischen Ausnahmezustand befunden habe, in welchem Explorat nicht seiner selbst bewusst dachte und handelte.

Solche Zustände sind wissenschaftlich constatirt und in den verschiedenen Strafgesetzgebungen als Sinnesverwirrung oder Zustände krankhafter Bewusstlosigkeit angeführt. Dass in solchem Zustand Jemand — wenn auch des Selbstbewusstseins verlustig — combinirt denken und handeln kann, ist Thatsache der Erfahrung und aus dem Automatismus des Gehirnlebens und aus Aeusserungen unbewusster geistiger Thätigkeit, wie sie im natürlichen Somnambulismus und im sogenannten Hypnotismus beobachtet wird, einigermassen begreiflich. Dass Explorat tempore criminis in einem psychischen Ausnahmezustand sich befunden haben muss, geht schon aus den Zeugenaussagen, die von „Trunkenheit", „im Kopfe nicht ganz richtig" berichten, hervor.

Auch der Umstand, dass Explorat sich auf den Namen des doch jedem Kind bekannten, in der Geschichte verewigten Monarchen nicht gleich erinnern konnte, dass er dann, ohne in heftigem Affect zu sein, seinem Bildungsgrad und seinem in normalem Zustand höchst anständigen Wesen entgegen sich so unziemlich über einen in der Geschichte hochgefeierten Monarchen äusserte, all dies spricht zu Gunsten der Annahme, dass er damals non compos sui gewesen sein mag.

Eine Sinnesverwirrung, sofern sie nicht auf der Höhe eines Affects oder einer Intoxication (Berauschung) entstanden ist, lässt sich immer auf ein schlecht aequilibrirtes (belastetes) oder von einer allgemeinen Nervenkrankheit afficirtes Gehirn begründen. Sie hat jedenfalls eine symptomatische Begründung, wie die transitorische Geistesstörung überhaupt und nöthigt zur Aufsuchung ihrer ursächlichen Bedingungen. Im concreten Fall erscheint es ausser Zweifel, dass eine belastete und wahrscheinlich erblich belastete Persönlichkeit (Abnormitäten der charakterologischen Veranlagung, originäre Anomalie des Geschlechtssinns u. s. w. sprechen dafür), sowie eine constitutionelle Nervenkrankheit (Neurasthenie) im Spiele sind.

Wie bei Epilepsie und Hysterie, so kommen auch bei der Neurasthenie zuweilen transitorische Störungen des Selbstbewusstseins vor.

Das labile Gleichgewicht der Hirnfunctionen, die abnorm leichte Ansprechsfähigkeit des Gehirns auf Reize aller Art, die äusserst ausgiebige Reaction desselben anlässlich solcher, machen diese Thatsache begreiflich.

Im concreten Fall waren es offenbar gemüthliche Erregung, Sonnenhitze, ein anstrengender und erschöpfender Marsch in Verbindung mit einem relativen Alcoholexcess, die das äusserst empfindliche Organ des Bewusstseins (Gehirnrinde) vermöge temporärer Störungen der Blutvertheilung und der Ernährung ungünstig beeinflussten und damit einen temporären psychischen Ausnahmezustand hervorriefen, welcher sich im

Sinne des § 2 des österreichischen Strafgesetzbuchs als „Sinnesverwirrung“ bezeichnen lässt.

b) Desertion. Zweifelhafter Geisteszustand.*)

(Erbliche Belastung. Epileptoide Anfälle. Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulse. Neurasthenie mit episodischem delirantem Traumzustand.)

Species facti. Am 24. Februar 1883 Nachmittags entfernte sich der Cadet X. unerlaubterweise aus seiner Garnison (Böhmen), fuhr nach Wien, von da am 25. weiter nach Graz, erkundigte sich nach der Ankunft bei einem Wachmann, wohin er den Weg nach dem Dampfschiffbureau zu nehmen habe, um nach Afrika zu gehen und sich einer wissenschaftlichen Expedition anzuschliessen. Da X. in Uniform war, erschien er der Desertion verdächtig. Verhaftet und vor den Inspectionsofficier geführt, wiederholte er sein Verlangen, einer unter Lieutenant Wissmann zur Erforschung Afrikas abgehenden Expedition sich anzuschliessen. Auf die Frage nach seinem Namen wusste er keinen Bescheid, zog aber einen Brief seines in Graz wohnenden Vaters mit Couvert und Adresse aus der Tasche, wodurch seine Person festgestellt wurde.

Er verbrachte die Nacht im Kasernenarrest schlaflos, unruhig, verwirrt. Am Morgen des 26. besuchten ihn der herbeigerufene Vater und der Bruder, fanden ihn zusammengekauert, verstört auf einer Pritsche und erkannten, dass er irrsinnig sein müsse. X. fiel zitternd dem Vater um den Hals, bat, man möge ihn doch fortlassen, sonst versäume er die Expedition nach Afrika.

X. kam nun in die Beobachtung des Garnisonsspitals.

Bei der Aufnahme am 26. erscheint Patient etwas ängstlich, verwirrt, traumhaft. Er bietet starken Nystagmus, Zucken der Lippen, der Mundwinkel und der Hände, ist in leichtem Schweiss, fieberlos, ohne Erkrankung vegetativer Organe. Er schläft die Nacht auf den 27. mit Chloral einige Stunden, glaubt sich dazwischen in einem Wald, berichtet am 27., dass er Nachts Stimmen hörte, die ihn aufforderten, nach Afrika zu gehen, dass er den Lieutenant Wissmann sah, mit ihm sprach. Er glaubt nun genügend für seine Expedition vorbereitet zu sein, weiss, dass er Grosses leisten und berühmt werden wird. Er ist unstet, verwirrt, bietet noch Nystagmus, Tremor, schwitzt stark, fühlt sich matt, erschöpft. Er erhält Bromkali, bringt die Nacht auf den 28. Februar ruhig zu, wird mimisch freier, drängt aber noch fort nach Afrika.

Nach gut durchschlafener Nacht kommt Patient am 1. März aus seinem traumhaften Zustand heraus, zum Bewusstsein seiner Lage, frei von Nystagmus und Tremor. Er ist erstaunt, als man ihm erzählt, dass er nach Afrika wollte, begreift die Situation nicht und giebt folgende Anamnese.

*) Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medicin 1883. 12.

Am 24. Februar habe er sich eigenthümlich beklommen gefühlt und den Drang verspürt, ins Freie zu gehen. Er erinnert sich dunkel, mit einer Pappschachtel, in die er Einiges gepackt habe, auf den Bahnhof gegangen zu sein und dort den Regimentsschneider getroffen zu haben. Von da an hat er keine Erinnerung bis zur Ankunft in Wien (24. Abends), wo er den Eindruck einer grossen Menschenmenge hatte. Er dämmerte bis gegen Morgen auf dem Stephansplatz herum und gelangte mit Hilfe eines Dienstmanns in ein Hôtel. Er verliess es (mit Hinterlassung der Schachtel, in welcher sich nur einige Bilder und ein Zahnbürstchen befanden), um eine befreundete Familie auf dem Rennweg zu besuchen, gelangte aber nicht hin. Weiter weiss er, dass er am Südbahnhof mehrmals seine Fahrkarte vorwies, bis man ihn einsteigen liess, dass er im Coupé schwarz gekleideten Damen gegenüber sass, die ihn ansprachen, über seine Antworten aber lachten. In G., als er die Station ausrufen hörte, kam ein unbestimmtes Heimathsgefühl über ihn. Er stieg aus, fragte wiederholt Passanten um den ihm sonst wohlbekannten Weg, wurde aber regelmässig ausgelacht, wohl „weil er dumm fragte“. Endlich habe ihn ein Wachmann mitgenommen, in eine Kaserne geführt. Er erinnert sich, dass dort Jemand sagte: „wenn er den geringsten Versuch zu entweichen macht, wenden Sie Eisen an“. Im Kasernenhof habe er eine dunkle Gestalt gesehen, mit der er über seine Reise sprach, am anderen Morgen aber erkannt, dass es der Ofen war. Im Spital habe er sich noch nicht ausgekannt, flüsternde Stimmen bezüglich seiner Reise und öfter den Namen Wissmann gehört. Endlich am 1. März sei er wieder zur Besinnung gelangt.

Patient ist lucid, geordnet. Nach einem Aerger am 4. März schlaflose Nacht. Am 5. März besteht wieder Nystagmus, Zittern der Gesichtsmuskeln und der rechten Hand, leichte Parese des linken Mundwinkels. Patient ist nervös erregt, unstet, wird in der Nacht auf den 6. zweimal in hockender Stellung im Bett betroffen, weiss am 6. nichts davon. Am 8. ist er wieder wohl, unauffällig. Am 9. zeigen sich nach schlechter Nacht wieder die motorischen Störungen. Bei der Aufnahme am 10. März, im Civilspital, ist Patient ruhig, etwas moros, spricht mit matter Stimme, klagt Schmerz in der Schläfengegend.

Er fühlt sich matt, erschöpft, schlafbedürftig, bedarf aber Nachhilfe, um zu schlafen (Paraldehyd 3,0), geräth leicht in Affect, wobei sich dann leichtes Zittern der Gesichtsmuskeln und Nystagmus zeigt, bietet wechselnde Röthe und Blässe des Gesichts, jedenfalls sehr labile Vasomotorinsinnervation, ist absolut intolerant gegen Spirituosen, bekommt davon gleich Kopfschmerz und Kopfdruck, erscheint unfähig zu geistiger Beschäftigung.

Patient ist körperlich kräftig, gut genährt, ohne Degenerationszeichen, jedoch von exquisit neuropathischem Auge, fieberlos, vegetativ in Ordnung. Er ist andauernd ganz lucid, hat noch wie vor Interesse an Afrikaexpeditionen, aber in vernünftiger Weise. Er hält es für möglich, wenn er einmal gesund und nach Jahren in den Besitz ausreichender Kenntnisse und Mittel gelangt sei, diese Lieblingsidee zu realisiren.

Unter gutem Schlaf, Ruhe, Aufenthalt im Freien, Abreibungen, Sol. Fowler, verlieren sich die neurasthenischen Beschwerden grossentheils im Laufe des März.

Vita anteacta. Herr X., geboren 1860, stammt von einer nervenschwachen, mit Zuckungen behafteten Mutter. Deren Vater soll ein sehr talentirter, aber excentrischer Mann gewesen sein. Des Vaters Bruder führte ein abenteuerliches Leben, das er grossentheils auf Reisen in fernen Ländern zubrachte. Des Vaters Mutter soll ziemlich lange vor ihrem Tod blödsinnig geworden sein.

Patient war von Kindesbeinen auf sehr erregbar, emotiv, zu Congestionen geneigt, litt viel an Nasenbluten. Er war begabt, jedoch wenig ausdauernd. Von Kindheit auf hatte er Sinn für Naturwissenschaften, schwärmte schon als Knabe für Forschungsreisen in fernen Ländern. Gutmüthig und seine Eltern aufrichtig liebend, hatte er ihnen gleichwohl durch Unfleiss und leichtsinniges Schuldenmachen viel Kummer bereitet.

Bis 1877 war Patient von schweren Krankheiten verschont gewesen. Ein damals aufgetretener Typhus erschütterte seine Gesundheit. Er litt von nun an an sehr häufigem und intensivem Kopfschmerz, wurde äusserst emotiv und erregbar, gerieth, wenn vom Vater über seine Streiche zur Rede gestellt, in heftige Aufregung, kam ganz ausser sich, zitterte am ganzen Leib, sodass man ihn jeweils beschwichtigen musste. Etwa ein halbes Jahr nach dem „Typhus", als er einmal den Zorn des Vaters über versäumten Unterricht zu fürchten hatte, gerieth er zum erstenmal in einen psychischen Ausnahmszustand, lief planlos davon. Man besorgte, der excentrische Junge habe sich ein Leids angethan. Am andern Tag kam von befreundeter Familie ein Telegramm aus M. des Inhalts, dass X. da sei und was mit ihm geschehen solle? Patient wusste kein plausibles Motiv für diese Flucht und hatte nur summarische Erinnerung für die Details derselben.

Ein andermal, etwa 6 Monate später, lief Patient ebenfalls nach einer Gemüthsbewegung planlos fort, wurde bewusstlos in einem Wald in Zuckungen aufgefunden. Heimgebracht, soll er bewegungsunfähig und bewusstlos bis zum folgenden Tag dagelegen sein.

Einige Zeit später, als Patient in der Cadettenschule in L. war (1879) erlitt er aus Aerger über einen Kameraden, der ihm ein neues Beinkleid beschädigt hatte, einen dritten Anfall. Er stürzte bewusstlos zusammen, lag einige Stunden so da, zitternd am ganzen Körper und kam allmälig mit heftigem Rückenschmerz wieder zu sich.

An diese Anfälle schloss sich jeweils ein bis zu 2 Tagen dauernder Zustand „eigenthümlicher" Mattigkeit, in welchem Patient kein Glied rühren konnte, Zittern in den Händen hatte, sich beklommen fühlte, jedoch bei sich war.

Irgendwelche epileptische Antecedentien, Convulsionen in der Kindheit, Schlafwandeln u. s. w. werden in Abrede gestellt. Patient war kein Trinker, hat nie eine Kopfverletzung erlitten und war nicht der Masturbation ergeben. Sein geschlechtliches Bedürfniss war gering und wenn er einmal zum Coitus sich herbeiliess, ärgerte es ihn hinterher, „dass er sich wie ein Thier benommen habe, was er doch vom moralphilosophischen Standpunkt verabscheuen müsse". Patient theilt weiter mit, dass er an Zwangsvorstellungen und entsprechenden Impulsen leide. Er sehe deren Unsinnigkeit zwar vollkommen ein, könne aber gleichwohl nicht Herr über dieselben werden.

Vor etwa 5 Jahren kam der Zwang über ihn, dass er Alles Mögliche dreimal oder in einer durch 3 theilbaren Zahl thun musste. Schon beim blossen Gedanken Widerstand zu leisten, wurde ihm bang zu Muth und kam es ihm vor, wenn er nicht folge, passire ihm etwas. Bald darauf kam eine Zeit, in welcher er die Zahl 3 in jeder Weise ängstlich meiden musste. Diese Phase wurde abgelöst durch eine, in welcher die Zahl 5 dieselbe Rolle spielte, wie früher die 3. In neuerer Zeit stand er unter dem Zwang, auf das „Rechts" besonders zu achten. Alles musste im Zimmer so stehen und liegen, dass es ihm nach rechts gedreht erschien, resp. dass die rechte obere Ecke eine Vorzugsstellung einnahm. So trug er auch mit ziemlicher Sorgfalt den rechten Schnurrbart um ein Minimum länger als den linken. Wenn er Abends die Schuhe hinstellte, musste der rechte vor dem linken vorstehen. Seit einem Jahr musste er Acht geben, dass kein Stuhlfuss auf eine Fuge des Fussbodens zu stehen kam. Auf einem solchen Stuhl zu sitzen war ihm unerträglich, brachte ihn aus der Contenance. Als Residuum aus der Phase der Vermeidung der Dreizahl besteht noch ein Zwang, darauf zu achten, dass nirgends auf Tisch, Kanten u. s. w. sich drei Dinge befinden. Wenn dies der Fall, so muss irgend etwas und sei es nur eine Brodkrume, ein Papierschnitzel dazu, sonst ist ihm die Situation unerträglich. Ebenso machen ihm symmetrische Verhältnisse grösstes Unbehagen. Auf seinem Nachttisch muss Alles nach rechts gedreht liegen und

die Gegenstände müssen in ungleichen Abständen von einander sich befinden.

Sonst bestehen keine Zwangsvorstellungen oder Furchtarten. Patient versicherte, dass seine Mutter ähnliche Tic's habe. So müsse sie beständig nachsehen, ob Alles recht verschlossen sei, ob Niemand, selbst in unmöglichen Behältern, sich versteckt halte, ob nicht irgendwo ein Stäubchen sich vorfinde und dergleichen.

Patient war von ungewöhnlich lebhafter Phantasie. Unmittelbar nach der Lieblingslectüre — Reisebeschreibungen — war es ihm oft, als habe er Alles gerade selbst erlebt. Auch auf Spaziergängen gerieth er oft in Träumereien, bis ihn ein greller Sinneseindruck zur Wirklichkeit zurückführte. Auf Bahnhöfen erfasste ihn jeweils ein grosses Sehnen und Behagen. Nach abgelegter Prüfung (October 1880) kam Patient zum Regiment. Der militärische Beruf war ihm antipathisch. Er fand sich nur schwer in die stramme Ordnung des militärischen Lebens und war unglücklich darüber, dass sein Vater ihm die militärische Laufbahn als Lebensberuf vorschrieb. Wo immer er nur konnte, vertiefte er sich in Reiseberichte aus fremden Ländern und schwelgte im Gedanken, doch vielleicht einmal Entdeckungsreisen zu machen. Das Militärleben wurde ihm immer unerträglicher. Er versuchte seinen Unmuth über seine Lage durch Trinkgelage, die er seinen Kameraden gab, zu übertäuben. Zudem war es ihm bange und peinlich, allein zu sein. Durch seine Freigebigkeit gerieth er in Schulden und zog sich bittere, aber verdiente Vorwürfe von Hause zu.

Bald wurde ihm die ausschweifende Lebensweise zuwider, auch fing er an Spirituosen nur mehr schlecht zu ertragen und fühlte sich leidend, abgespannt (1882).

Er studirte nun mit Furor Geographie, Mathematik und andere Naturwissenschaften. Der Gedanke an Forschungsreisen, afrikanische Expeditionen beherrschte ihn immer mehr. Schon vor einem Jahr meinte er dem Vater gegenüber, Europa sei ihm zu klein; er habe Einiges von Gerstäcker gelesen, ein so berühmter Mann müsse er auch werden.

In den letzten 4 Monaten war Patient immer deutlicher neurasthenisch und zugleich myopisch durch sein übermässiges Studium geworden. Er fühlte sich matt, gerädert, abgespannt schon beim Aufstehen wie nach einem Uebungsmarsch, ertrug den Aufenthalt in geschlossenen Räumen, z. B. Theater, nicht mehr, litt an Kopfschmerz, Kopfdruck, schlechtem unerquicklichem Schlaf, schreckte leicht auf, hatte wechselnde Sensationen von Hitze, Kälte, kitzelnde Gefühle in der Kopfhaut, beim Schliessen der Augen oft Mouches volantes, Flammen- und Wolkenerscheinungen, wurde hyperästhetisch für Gehörseindrücke, äusserst

nervös, emotiv, erregbar. Gleichwohl fuhr er fort mit Furor von 5—10 Uhr Abends zu studiren und als es in den letzten Wochen mit dem Studium nicht mehr gehen wollte, suchte er sich mit angeblich zwei Litern Thee unter Zusatz von etwas Rum zu stimuliren! Die neurasthenischen Beschwerden steigerten sich, die Zwangsvorstellungen (siehe oben) nahmen immer mehr überhand. Die Idee, ein berühmter Reisender zu werden, beschäftigte ihn immer mehr, bis er in den letzten Wochen Abends Stimmen zu hören begann, er solle sich der afrikanischen Expedition Wissmanns anschliessen. In den letzten Nächten hatte er gehört, es sei jetzt Zeit, abzureisen.

Aus den letzten Wochen liegen Briefe an die Eltern vor (14. bis 21. Februar), die von grosser nervöser Erregung und Exaltirtheit zeugen.

So schreibt er unterm 14. Februar: „Ich bin eben ein excentrischer Mensch. Meine Pläne für die Zukunft gehen über das Alltägliche hinaus." Oberstlieutenant H. hat ja gesagt, „entweder er geht elend zu Grund, oder er wird etwas Besonderes leisten". Wer mich verstehen wollte, müsste ich selbst sein. Selbst meine Eltern können es nicht. Ein edler Sinn wohnt in mir."

17. Februar. „Die Afrikaforschung ist ausgearbeitet, Hurrah, ich werde berühmt. Von morgen an werde ich mir ein eigenes Tagebuch einrichten, damit die Welt erkennt, wer ich sei".

Weiter findet sich ein Briefconcept ohne Datum, vermuthlich aus den letzten Tagen vor: „nicht mehr vermag ich dem Traume meiner Jugend, den Bildern, die mich umgaukeln, zu entsagen. Mein Entschluss ist gefasst. Die grossen Erfolge des Lieutenant W. bewegen mich auch, mein Körnlein für die Wahrheit herbeizuholen. Dort blüht mir Ruhm und Ehre. Die nächsten Tage reise ich nach Zanzibar ab, um dort den Spuren W.'s zu folgen. Ich halte mich in G. auf und bitte Papa das nöthige Geld flüssig — (hier bricht das Schreiben ab).

Der Zimmercollege bemerkte an X. bis auf den letzten Tag keine Spuren von Irrsinn, jedoch habe er beständig über Afrika studirt.

Bei X. fand sich das Concept einer dienstlichen Meldung de dat. 23. Februar vor: „Ich melde Ew. Hochwohlgeboren meinen Abgang nach Centralafrika, um mich der Expedition des Lieutenants W. anzuschliessen."

Gutachten. Herr X. befand sich vom 24. Februar bis 1. März 1885 in einem ziemlich genau abgegrenzten Zustande von tiefer hallucinatorisch deliranter Bewusstseinsstörung (Sinnesverwirrung). Das Pathologische dieses Zustandes erhellt aus dem Detail seiner Symptome, aus dem Verlauf, den begleitenden motorisch cerebralen Störungen. Die Tiefe der Bewusstseinsstörung lässt sich ermessen aus der höchst summarischen, für längere Zeitabschnitte des Anfalls sogar fehlenden Erinne-

rung. Als Vorboten (Aura) dieses Anfalles werden Gehörshallucinationen ermittelt, die noch in die Zeit desselben hineinreichen. Die Vermuthung einer Simulation, wenn auch berechtigt bei der Thatsache der Unerträglichkeit des Berufslebens, wird unhaltbar durch die Details des empirisch klar und wahr sich als Sinnesverwirrung darstellenden Anfalles. Auch die allgemein psychologischen Kriterien (Entweichen in Uniform, Anhalten in G., Befragung eines Sicherheitswachmannes, was zur Arretirung führte), sprechen gegen die Annahme eines geistesklaren und für die eines sinnesverwirrten Zustandes. Der Anfall lässt sich klinisch als ein dem des Schlafwandelnden nahestehender Traumzustand bezeichnen und anatomisch auf eine Störung der Blutcirculation im Gehirn begründen. Die Expertise gewinnt weitere Anhaltspunkte aus der wissenschaftlichen Thatsache, dass transitorische Geistesstörung nur eine symptomatische Bedeutung hat und der Zurückführung auf eine dauernde Nervenkrankheit oder Hirnstörung bedarf. Eine solche ergiebt sich sofort aus der Vita anteacta des Exploraten. Patient ist *erblich neuropathisch belastet*. (Abnormer Charakter, abnorm lebhafte Phantasie, Emotivität, abnorm leicht afficirbares Gefässnervensystem, Neigung zu Congestionen u. s. w.) Seit der Pubertät und möglicherweise im Anschluss an einen Typhus leidet er an *gesteigerter Nervosität und elementaren psychischen Störungen* (Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulse). Er bietet zudem zeitweise im Anschluss an Gemüthsbewegungen auftretende und jedenfalls neurotisch (vasomotorisch) bedingte Anfälle von *Bewusstlosigkeit mit motorischen Störungen* (epileptoide Zustände). Seit einer Reihe von Monaten haben sich in Folge von Nachtschwärmerei, Gemüthsbewegungen, excessivem Studium, übermässigem Genuss von die Hirnthätigkeit stimulirenden Mitteln die Symptome einer *Nervenkrankheit* (Neurasthenie) eingestellt, welche den episodischen Anfall von Sinnesverwirrung überdauern und jetzt noch nachweisbar sind. Bei dieser Neurasthenie sind Störungen der Gefässinnervation integrirende Symptome. Es ist medicinisch vollkommen begreiflich, dass auf der Höhe des neurasthenischen Allgemeinzustandes die Innervation der Gehirngefässe derart abnorm wurde, dass eine tiefere Störung der Blutcirculation und damit ein Zustand von Sinnesverwirrung entstand. Zur Würdigung der Zurechnungsfähigkeit des Exploraten während seiner Sinnesverwirrung ist folgendes hervorzuheben: Die treibende Vorstellung zur Entweichung war eine schon länger vorhandene, aber vernünftig beherrschte Reiseidee. Wahrscheinlich gestaltete sie sich vor Ausbruch des Anfalls bis zur Gehörshallucination. Mit Eintritt des Anfalls und der durch ihn bedingten Bewusstseinsstörung verlor der Kranke, zugleich mit der Trübung seines Bewusstseins, jegliche Hemmung gegenüber der treibenden

Idee, jegliche Besonnenheit und Einsicht für seine Handlung und die dadurch geschaffene Situation. Die Idee wurde das Leitmotiv einer traumhaften Reise, die objectiv sich als Desertion ansieht, subjectiv nur die unwiderstehliche Handlungsconsequenz eines delirirenden traumhaft gestörten Bewusstseins bildet.

Die Wahl des militärischen Berufs muss für den cerebral belasteten, psychisch nicht normalen Exploraten als eine unglückliche und ungeeignete bezeichnet und die Gefahr betont werden, dass derselbe bei Belassung in seinem Beruf neuerdings von Anfällen transitorischer Geistesstörung heimgesucht werde, ja sogar dauernd an seinen geistigen Functionen Schaden leide. Jedenfalls ist derselbe beim labilen Gleichgewicht seiner Gehirnfunctionen für Jahre hinaus ungeeignet zu körperlicher und geistiger Anstrengung, in Gefahr bei Gemüthsbewegungen sofort wieder psychisch zu erkranken und ärztlicher Ueberwachung und Behandlung bedürftig. Die Untersuchung gegen X. wurde eingestellt und derselbe aus dem Heeresverband entlassen.



II.

BEZIEHUNGEN ZWISCHEN NEURALGIE UND TRANSITORISCHER PSYCHOSE.



Seltene und noch recht der Klärung bedürftige Erscheinungen sind Bilder paracuter psychischer Erkrankung im zeitlichen und wohl auch genetischen Zusammenhang mit Neuralgie.

Bei der enormen Häufigkeit dieser und der grossen Seltenheit begleitender Psychose bedarf es offenbar besonderer Dispositionen, überhaupt des Zusammentreffens ganz ungewöhnlicher Bedingungen, um diesen Zusammenhang zu vermitteln.

Als Wege, auf denen eine Rückwirkung einer Neuralgie auf das psychische Organ denkbar wäre, würden zunächst ins Auge zu fassen sein: das **psychische** Moment des Schmerzes, das **organische** Moment einer Störung des psychischen Organs direct durch einen peripheren Erregungsvorgang, indirect auf dem Wege einer Functionsstörung vasomotorischer Centren und Bahnen, und dadurch einer Aenderung der Circulationsverhältnisse (Gefässkrampf oder Gefässlähmung) in jenem.

Vom Standpunkte klinischer Erfahrung aus drängt sich aber zur Erklärung der Seltenheit des durch eine Neuralgie vermittelten Irreseins die Vermuthung auf, dass in solchen Fällen die Neuralgie eine symptomatische Bedeutung haben mag, d. h. Symptom oder Syndrom eines dauernd bestehenden krankhaften neurotischen Zustandes sein dürfte.

Auffallend häufig stösst man bei solchen Fällen auf epileptische und auch hysterische Neurosen.

Es wären alle Schwierigkeiten für die Pathogenese behoben, wenn die sensible Affection hier die Bedeutung einer Aura eines folgenden psychischen Aequivalents einer dieser Neurosen hätte, oder wenigstens (hysterische Fälle) die Rolle eines Agent provocateur oder gar die der spasmogenen Zone eines auf die Phase de délire beschränkten Hysteria gravis-Insults spielte.

An solche symptomatische Bedeutung einer Neuralgie muss man ohne weiteres denken, wenn der Anfall auf traumhafter Bewusstseinsstufe verläuft und Amnesie für das in demselben Vorgefallene hinterlässt.

Das Verdienst, zuerst auf den klinischen Zusammenhang von Neuralgie und transitorischer Alienatio mentis aufmerksam gemacht zu haben, gebührt bekanntlich Griesinger (1866) und Schüle (1867). Schon diesen

Beobachtern ist die Analogie der Fälle mit Aura und epileptischen Delirien nicht entgangen.

Weitere Förderungen haben diesem dunklen Gebiete Verf. (1868 „Transitorische Störungen des Selbstbewusstseins", 1883 „Dysphrenia neuralgica transitoria", Maschka's Handb. d. ger. Med. IV, 598), Anton (Wiener klin. Wochenschr. 1889, 12—14), J. v. Wagner (Jahrb. f. Psych. VIII, 287) und neuerdings Laquer (Archiv f. Psych. XXVI, 3) angedeihen lassen.

Versucht man das vorliegende klinische Material nach den obigen pathogenetischen Gesichtspunkten zu ordnen, so ergiebt sich zunächst die Gruppe der durch den Schmerz via Affect, also rein psychisch provocirten Fälle.

Am einfachsten sind hier die als Affectzustände bis zu pathologischem Affect sich erstreckenden wuthzornigen Aufregungszustände von durch übermässigen Wehenschmerz (Tetanus uteri) provocirter transitorischer Störung der psychischen Function (vgl. d. Verf. Arbeit bei Maschka, p. 611 und Lehrb. der ger. Psychopathol., 3. Aufl., p. 385).

In den übrigen Fällen von neuralgischer transitorischer Affectpsychose sind es ausschliesslich Neuralgien in der Bahn des Quintus, des Occipitalis und der Intercostalnerven, die in Betracht kommen.

Fälle von als durch Neuralgie vermitteltem Affectdelir anzusprechender transitorischer Psychose scheinen sehr selten zu sein.

Ein solcher Fall scheint mir der von J. Wagner (Jahrb. f. Psych. VIII, p. 287) berichtete. — Bauersfrau, offenbar etwas imbecill, bekommt links Augenentzündung und links Kopfneuralgie, wird hypochondrisch verstimmt, äussert Taedium vitae. Mit den Exacerbationen bezw. Anfällen der Neuralgie, die sie als Fahren des Teufels in sie deutet, kommen Allegorien des Kopfschmerzes im Sinne eines Thieres, das Patientin beisse.

Als Schmerz- bezw. Affectdelir dürfte auch der folgende Fall zu bezeichnen sein.

Beobachtung 1.

S., 23 Jahre, stud. med., wurde am 9. October auf meiner Klinik aufgenommen.

Keine erbliche Belastung. Aus bäuerlicher Familie. Als kleines Kind einmal Convulsionen. Ausser Scharlach und Masern (bis zum 7. Jahre) nie schwer krank gewesen. Normale geistige und körperliche Entwickelung. Seit der Pubertät in der heissen Jahreszeit öfter Schlaflosigkeit und diffuse Kopfschmerzen. Bei Emotion gleich Herzklopfen. Geringe Toleranz für Spirituosa. Vita sexualis normal. Kein Potator.

Am 2. October 1893 war ein cariöser Backzahn, der schon längere Zeit Schmerzen verursacht hatte, in Narcose extrahirt worden.

Fortdauer der Schmerzen im Kiefer, sehr heftig, den Schlaf raubend. Am 8. Extraction eines 2. Zahnes. Keine Linderung. Am 9. October nahm Patient, der durch 8 Tage schlaflos gewesen war und auch fast gar nichts genossen hatte, um Schlaf zu erzwingen, etwas Rum und ½ Liter Wein und schlief darauf kurze Zeit.

Von den folgenden Vorgängen weiss Patient aus eigener Erfahrung nichts.

Er erwachte nach kurzer Zeit, klagte über heftige Schmerzen, wurde erregt, ganz verwirrt, gestikulirte lebhaft, sprach unverständliche Dinge, beantwortete nicht an ihn gerichtete Fragen, rief fortwährend „Klinik, Zahnarzt, Papa telegraphiren", wälzte sich im Bett. So ging es durch 2 Stunden fort.

Man brachte den Patienten auf die Klinik, auf welcher er bereits ganz lucid ankam. Nach einer Weile klagte er wieder über Schmerz, wurde vorübergehend erregt, störend, schimpfte über den Zahnarzt, das Zahnreissen, wurde dann aber ruhig, schlief den Rest der Nacht gut, fühlte sich bis auf etwas „Ziehen" im Kiefer ganz wohl und bot auch objectiv psychisch nichts Abnormes mehr. Für die Zeit des Anfalls hatte Patient nur eine summarische Erinnerung.

Schädel normal, angewachsene Ohrläppchen, neuropathisches Auge. Leichter feiner Tremor der Finger, etwas gesteigerte Patellarreflexe, weite, überaus prompt reagirende Pupillen. Patient verweilte bis zum 11. October auf der Klinik. Er blieb in der Folge gesund.

Eine neuropathische Veranlagung dürfte in solchen Fällen von „Schmerzdelir" wohl immer vorhanden sein und prädisponirend wirken.

Die Fälle unterscheiden sich nicht wesentlich von anderweitigen Affectpsychosen. Hinweise auf das neuralgische Moment ergeben sich eventuell in allegorisirenden Delirien.

Schwieriger ist die pathogenetische Deutung der nicht psychisch, sondern organisch durch Neuralgie vermittelten Fälle.

Da wir über die dynamische Wirkung heftiger centripetaler Reizungen (z. B. Neuralgien) der Hirnrinde wenig wissen und den Einfluss des Schmerzes von der mit ihm meist gesetzten Schlaflosigkeit u. s. w. nicht gut sondern können, ist der Hypothese freie Bahn gegeben. Zweifellos dürfte es aber sein, dass durch fortgesetzten Schmerz die Hirnrinde in den Zustand abnorm leichter Ansprechsfähigkeit und Erschöpfbarkeit versetzt wird, was auch für ihre vasomotorischen Functionen gelten dürfte.

Beachtenswerth erscheint die Annahme Laquer's gegenüber seinen Fällen, dass „durch Irradiation hochgradiger Schmerzen gewisse Erregbarkeitsveränderungen in der Hirnrinde und damit Zustände von Ver-

wirrtheit und Incohaerenz (Delirien) auf hallucinatorischer Basis, mit mehr oder minder ausgesprochener Amnesie" erzeugt werden können.

Eine besondere Praedisposition, für welche in erster Linie an eine latente hysterische oder epileptische Neurose, dann an eine degenerative Constitution der Nervenelemente gedacht werden muss, darf wohl auch hier vorausgesetzt werden.

Die Verschiedenartigkeit der Pathogenese mag es mit sich bringen, dass die Krankheitsbilder hier so verschiedenartig sind (blosse Dysthymie mit noch auf der Grenze zwischen Obsession und Wahn stehenden Delirien, flüchtige Hallucinationen bis zum voll entwickelten halluc. Delirium, zornige Tobsucht, raptusartige Zustände u. s. w.).

Auch hier kann der neuralgische Factor allegorische Verwerthung finden, insofern er den Kern von Wahnideen bildet.

Die Veränderungen des Bewusstseins sind sehr verschiedenartig. In Fällen, wo es sich quasi um eine heerdartige umschriebene Afficirung von dem Vorstellen und der Sinneswahrnehmung dienenden Rindengebieten handelt (Mitvorstellungen, Mithallucinationen im Sinne Griesinger's), ist die Bewusstseinstrübung eine recht geringfügige. Da, wo der neuralgische Reiz via Gefässnervensystem (vasomotorische Reflexneurose?) zu wirken scheint, ist das Bewusstsein tief getrübt und, entsprechend der diffusen Hirnveränderung, die Psyche allseitig gestört.

Auch für diese Gruppe von Vesania transitoria findet sich nur dürftige Casuistik in der Litteratur.

Griesinger's 4 Fälle sind zu aphoristisch mitgetheilt, um sichere Verwerthung zu finden.

Die 3 ersten (1. 40jährige Frau, veraltete Occipitalis-Quintusneuralgie — Hallucinationen und unsinnige Gedanken, wenn Patientin im neuralgischen Anfall die Augen schliesst; 2. Mädchen, linksseitige Supraorbitalneuralgie mit Verwirrtheit, psychischer Verstimmung, Erotismus; 3. Mann, 45 Jahre, rechts Prosopalgie — halluc. Delir) kann ich nicht mit Verfasser als Schmerzdelir anerkennen, ebenso wenig folgenden Fall von Laquer: 54 Jahre, Zugsführer, ohne neurotische Grundlage. Kein Potus. Rheumatische (?) rechtsseitige Quintusneuralgie im 1. Ast. Im Anschluss an Schmerzattaquen beruflicher Beschäftigungs- und expansives Delir von ¹/₄—¹/₂ Stunde, mehrmals täglich, durch 8 Wochen.

Hier dürfte ein von Anton (Wiener klin. Wochenschrift 1889, 12) beobachteter und in seinem Aufsatz „Ueber Beziehungen der Neuralgie zu den Psychosen" berichteter Fall von mit einer Supraorbitalneuralgie ausgelösten peinlichen Mitvorstellungen anzureihen sein.

XI., 23 Jahre, unverh., ledig, Jurist, Russe, aus schwer belasteter Familie, rachitisch gewesen, hatte sich gut entwickelt, war in politische Verwicklungen und Untersuchungs-

haft gerathen, in welcher quälender Kopfschmerz auftrat. Im 4. Haftmonat Anfälle von „Bewusstlosigkeit" bis zu 20' mit gellendem Lachen. Später, nach der Freilassung, Angstzustände mit Taed. vitae.

Kurz vor der Aufnahme in der psychiatrischen Klinik in Wien am 3. October 1888, seit einer heftigen Gemüthsbewegung, die eine Ohnmacht zur Folge gehabt hatte, waren wiederholte Anfälle von durch 3—4 Tage bewusstlosem Handeln, Sprechen, Lachen, Weinen aufgetreten.

In der Klinik psychische Depression, Angstgefühle, Taed. vitae, heftige Hyperaesthesie und zeitweise Neuralgie im Gebiet der nn. supraorbitales.

Bei Exacerbation der Neuralgie zuerst Gefühl von Gedankenleere, geistiger Unfähigkeit, Oede im Kopf, dann Gedankendrang mit peinlichem Inhalt, der sich aus unangenehmen Reproductionen, aber auch aus widrige, selbst feindliche Beziehungen zur Gegenwart und Aussenwelt deckt.

Anfälle besonders nach Affect und relativer geistiger Anstrengung. Auf faradische Behandlung der kranken Nervengebiete bedeutende Besserung.

Die folgenden Fälle eigener Beobachtung mögen die jedenfalls in Verschiedenheit der Pathogenese begründeten verschiedenartigen neuralgisch psychotischen klinischen Bilder illustriren.

Der 1. ist eine Dysphrenia im Sinne Griesinger's qua Mitvorstellungen, der 2. ein hallucinatorisches Delir mit Amnesie, der 3. offenbar eine vasomotorische Reflexpsychose, ein Uebergangsfall zur epileptischen Gruppe, aber ohne Nachweisbarkeit dieser Neurose.

Beobachtung 2.*)

Ludwig M., 10 Jahre alt, von hysterischer Mutter, schwächlich, von neuropathischer Constitution, anaemisch, durch rasches Wachsen und angestrengtes Lernen in der Ernährung herabgekommen, war seit 4 Monaten episodisch verstimmt, ängstlich geworden und hatte unter Weinen geklagt, dass ihm so abscheuliche Schimpfnamen und gemeine Gedanken in den Sinn kämen, die auszusprechen, er sich kaum enthalten könne. Dieser Zustand trat täglich ein, dauerte durch mehrere Stunden und war von heftigen stechenden Schmerz in der linken Brusthälfte und einem globusartigen Gefühl begleitet.

Kehrte der Schmerz wieder, so waren auch sofort die bösen Gedanken wieder da.

In den schmerzfreien Zeiten war der Knabe munter und wohl, jedoch machte er sich in letzter Zeit Gedanken über die bösen Ideen und fing an, sie für etwas Sündhaftes oder gar Uebernatürliches zu halten.

Die genaue Untersuchung ergab Status nervosus, Anämie, konnte Neurosen, Masturbation ausschliessen.

Der Verlauf des 1. 4. 8. 9. n. intercostalis war schmerzhaft auf Druck.

*) S. m. „Transitor. Störungen des Selbstbewusstseins" 1868, p. 12.

Eine forcirte Durchtastung der neuralgisch afficirten Nervenbahnen machte den Knaben ängstlich, weinerlich und erzeugte sofort die Schimpfgedanken. Eine entsprechende allgemeine und örtliche Behandlung brachte nach einigen Monaten die Genesung.

Beobachtung 3.

S., Marie, Dienstbote, 17 Jahre, wurde am 28. Mai 1896 auf meiner Klinik aufgenommen.

Aus dem polizeiärztlichen Bericht geht hervor, dass die S. seit 8 Tagen zur Zufriedenheit im letzten Dienstorte gedient hatte, in der letzten Nacht aufgeregt geworden war, schrie, weinte, sich am Boden wälzte, unzusammenhängend sprach, u. A. von ihrer früheren Dienstgeberin, die grundlos eifersüchtig auf sie gewesen, zu ihr heute Nacht mit einem Messer ins Zimmer gedrungen sei und sie H.... geschimpft habe.

Patientin geht verstört, weinerlich zu, ist kaum zum Sprechen zu bringen, behauptet, man habe ihr heute Nacht ein Messer in den Kopf gestossen, ein Wagen mit Pferden sei in ihr Gehirn gefahren.

Patientin ist fieberlos, ohne vegetativen Befund. Schädelumfang 52. Sie klagt über starkes Kopfweh. Sämmtliche Trigeminus-, aber auch die Occipitalisbahnen, namentlich rechts, sehr druckschmerzhaft und Sitz spontaner Schmerzen. Keine Stigmata hysteriae.

Sich selbst überlassen, brütet Patientin vor sich hin, ist über ihre Lage gar nicht orientirt, empfindet auch gar kein Bedürfniss nach Orientirung, nimmt von den Vorgängen der Aussenwelt keine Notiz. Vorübergehend ist sie ganz reactionslos, ohne jedoch stuporös zu sein.

Man gewinnt den Eindruck, dass innere Vorgänge sie ganz absorbiren. Ab und zu Aeusserungen, sie werde fortwährend beschimpft von der früheren eifersüchtigen Dienstgeberin. „Sie giebt keine Ruhe."

Patientin klagt, dass bewusste Frau ihr mit Messerstichen Schmerzen im Kopf zufüge. Die Nächte werden ruhig und meist schlafend zugebracht.

Am 2. Juni, mit Nachlass der Kopfschmerzen, wird Patientin besinnlicher, freier, spürt aber, dass ein Messer im Kopf stecke und klagt noch bis zum 4. Nachmittags über Messerstiche und dass die Frau mit Schimpfen keine Ruhe giebt.

Nun wird sie ganz lucid und theilt mit, dass sie vom 26. März 1896 ab in dem früheren Dienst unter der Eifersucht der Herrin viel zu leiden hatte. Am 15. Mai habe sie wegen der sich immer ärger wiederholenden Eifersuchtsscenen den Dienst endlich verlassen, einen neuen in der Nähe des früheren angetreten.

So oft sie der früheren Dienstgeberin begegnete, habe diese sie beschimpft. Patientin versichert, sie sei aus dem Kummer über das

erlittene Unrecht und über die infamirenden Angriffe auf ihre Ehre gar nicht mehr herausgekommen.

Am 25. Mai habe es neuerlich eine höchst peinliche Scene auf der Strasse gegeben. Sie bekam in dem dadurch provocirten Affect heftige Kopfschmerzen, Appetit- und Schlaflosigkeit.

In der Nacht auf den 28. Mai habe sie sich wegen Schlaflosigkeit mit Bügeln die Zeit vertrieben. Vor Kopfweh und Weinen konnte sie von $11^1/_2$ Uhr Abends ab nicht mehr arbeiten. Sie setzte sich nieder. Von dem, was nun mit ihr geschah, bis zum 4. Juni, wo sie Nachmittags im Spital zu sich kam, weiss Patientin nicht das Mindeste.

Sie hat noch etwas Kopfschmerz, der sich aber binnen wenig Tagen verliert, bietet keine Schwankungen ihres körperlichen und psychischen Befindens, geräth nicht mehr in Affect bei der Erinnerung an die ihr von der früheren Herrin angethanen Kränkungen.

Am 10. Juni auf die Nachricht, ihr Vater komme, geräth Patientin neuerlich in einen psychischen Ausnahmszustand.

Sie erscheint bei der Krankenvisite verstört, dämmerhaft, kennt die Umgebung nicht, auch nicht den Vater, hat wieder Kopfschmerz, zuckt bei Durchtastung der rechten Kopfhälfte zusammen, blickt starr vor sich hin, äussert keine Delirien und kommt nach etwa 4 Stunden wieder zu sich, mit Amnesie für diese Zeit.

Am 17. Juni, nach gutem intervallären Befinden, neuerlich neuralgischer Kopfschmerz, Behauptungen, die Frau habe ihr ein Messer in den Kopf gestossen. Tiefer Dämmerzustand wie früher. Keine Gehörhallucinationen.

Am 21. Juni wieder lucid. Von jetzt ab bis zur Entlassung (29. Juni) noch täglich heftiger Kopfschmerz, aber ohne psychopathische Symptome.

Vom Vater erfährt man, dass durchaus keine hereditäre Belastung im Spiele sei, dass seine Tochter jedoch von Kindsbeinen auf sehr emotiv war, gleich weinte, von jeher oft an Kopfweh litt und schon 1885 im Anschluss an eine Ohrfeige, die sie von ihrer Dienstgeberin erhalten, sich sehr gekränkt habe und in ähnlicher Weise wie diesmal verwirrt gewesen sei, sodass sie 3 Wochen im Spital zu Pressburg zubringen musste.

Ein Trauma capitis habe sie nie erlitten.

Anamnestische und gegenwärtige Nachforschungen nach Epilepsie und Hysterie ergaben ein völlig negatives Resultat.

Beobachtung 4.

Fräulein Rov..., 26 Jahre, Erzieherin, in meiner Klinik aufgenommen am 11. October 1874, soll von gesunden Eltern stammen. Eine Schwester ist nervenleidend.

Patientin war als Kind gesund, litt vom 17. Jahr ab an Chlorose, wurde menstruirt mit 20 Jahren. Mit 24 Jahren 5monatliche Tobsucht mit nymphomanischen Erscheinungen. Vollständige Genesung. Ende August 1874 nach Schreck (Vater verunglückte auf der Eisenbahn) neuerlich erkrankt — Cardialgie, Druck im Epigastrium, trübe Stimmung, grosse gemüthliche Reizbarkeit. Nach 3 Wochen Aufhören der epigastralen Beschwerden, nun aber Kopfschmerz, unruhiger Schlaf, schwere Träume, Praecordialangst.

Vom 20. October 1874 ab Temporal- und Intercostalneuralgie, dabei psychische Verstimmung, Hang allein zu sein, Unlust zur Arbeit.

Die Neuralgien bestanden continuirlich mit Exacerbationen. Mit solchen kam es jeweils zu Anfällen folgenden Charakters:

Mit sich steigerndem Temporalschmerz wird Patientin blass, ohnmächtig. Nach einigen Minuten kommt sie zu sich; sie ist weinerlich, klagt über heftigen linksseitigen Temporalschmerz. Das Gesicht ist dabei geröthet. Solcher Anfälle kommen zuweilen mehrere an einem Tag, wobei die Temporalneuralgie die Rolle einer Aura zu spielen scheint. Als Sitz des Schmerzes findet sich ein umschriebener Punkt nach oben und aussen vom linken oberen Augenhöhlenrand. Dieser ist auf Druck sehr schmerzhaft und lassen sich von diesem Punkt aus experimentell Anfälle provociren. Der Schmerz irradiirt nirgends hin.

An dieser Stelle findet sich keine gewebliche oder Knochenveränderung. Der 1. Ast des linken Trigeminus ist allenthalben druckempfindlich. Von Uebelkeit, Flimmerscotom u. s. w. sind die Anfälle nie begleitet. Der Augenspiegelbefund ist negativ. Das linke Ohr ist hochgradig hyperaesthetisch, das Ticken der Uhr wird hier höchst lästig empfunden. Stigmata hysteriae sind nicht auffindbar.

Neben der temporalen besteht eine linkseitige Intercostalneuralgie, die zwar jeweils mit ersterer exacerbirt, aber auf die Auslösung der Anfälle keinen Einfluss gewinnt.

Die vegetativen Organe functioniren normal. Uterus virginal, Druck auf die Vaginalportion schmerzhaft. Ord. kalte Abreibungen, laue Bäder, Tonica, Morphiuminjectionen ad locum dolentem.

Die Erscheinungen der Dysthymie verlieren sich in den folgenden Wochen. Die Localerscheinungen und die Anfälle bleiben.

Diese treten 1—2 Mal täglich auf, dauern bis zu einer halben Stunde, gehen mit völliger Aufhebung des Bewusstseins einher. Patientin verliert dasselbe nicht plötzlich, sondern allmälig. Sie greift nach der schmerzhaften Temporal- und Intercostalgegend, bedeckt sie, zuckt heftig zusammen, wenn man an ersterer einen Druck ausübt. Es kommt zu Jactation, Umherwälzen, Umsichschlagen, das den Eindruck bewusstloser

Reaction auf den intensiven Schmerzzustand macht. Oft kommt es auf der Höhe des Anfalls zu Stöhnen, tremorartigem Zucken der unteren Extremitäten, ähnlich einem Schüttelkrampf, Einkrallen der Finger in die Kissen, Zähneknirschen, Rotation der Bulbi nach oben. Häufig zeigen sich Spuren von Delirium — zusammenhangslose, abgerissene Worte, Gespräche mit dem Bruder.

Respiration und Circulation sind ungestört, aber der Puls wird frequent und klein. Nach dem Anfall ist Patientin rasch wieder bei sich, ohne Schwindel, matt, erschöpft. Keine Urina spastica.

Menses regelmässig, ohne Einfluss auf die Anfälle.

Seit Januar 1875 ist Patientin psychisch andauernd frei. Die Temporalneuralgie äussert sich nur mehr als Aura. In der Zwischenzeit der Anfälle besteht hier kein Druckschmerz mehr. Dafür ist die Intercostalneuralgie in den Vordergrund getreten. Sie vermag keine Anfälle auszulösen, exacerbirt aber mit diesen und ist nach solchen besonders intensiv. Die Anfälle werden seltener, durch psychische Reize nicht auslösbar, sondern nur durch die Intercostalneuralgie. Unter Brombehandlung (6,0 pro die) und Fortsetzung der Morphiuminjectionen (2 Mal täglich 0,03), bis zum Mai werden die Anfälle sehr selten.

Nachdem im September und October keine Anfälle mehr zu beobachten gewesen waren und das Krankheitsbild sich nur auf leichte Temporalempfindlichkeit und nervöse Erregbarkeit beschränkt hatte, wurde Fräulein B. am 9. November 1895 entlassen. Die Genesung hat sich erhalten.

Wohl am häufigsten besteht der Zusammenhang zwischen Neuralgie und transitorischer Psychose darin, dass eine epileptische oder hysterische Veränderung im Centralnervensystem vorhanden ist und die Neuralgie nichts anderes als die Aura eines Insults einer dieser beiden Nervenkrankheiten darstellt. Kommt es, wie nicht selten, zu einem blossen psychischen Insult — so bei Epilepsie als Aequivalent eines Krampfanfalls, bei Hysteria gravis als rudimentärer Anfall (période de délire), — so entsteht klinisch ein neuralgisches transitorisches Irresein, das nur verständlich wird, wenn die Neuralgie in ihrer eigentlichen Bedeutung erkannt wird.

Es ist sogar wahrscheinlich, dass es bei der neuralgischen Aura eines epileptischen Insults sein Bewenden haben kann, oder dass dieser insofern abortiv bleiben kann, als nur Bewusstseinstrübung und einzelne Symptome des sonst klassisch convulsiven Anfalls die Neuralgie begleiten, bezw. den epileptischen Insult markiren. Dann gewinnt das Ganze das Gepräge eines neuralgischen Aequivalents eines gewöhnlichen Anfalls.

Provocirt eine Neuralgie auf hysterischer Grundlage transitorisches Irresein, so geschieht dies wohl immer in der Weise, dass das neuralgische

Gebiet die Bedeutung einer spasmogenen Zone gewann und damit den Anfall, der auf die période de délire beschränkt sein kann, auslöste.

Eine Deutung im Sinne eines epileptischen Aequivalents scheint mir folgender von Anton (op. cit.) berichtete Fall zu verdienen.

K., 18 Jahre, Bierführer, von belasteter Mutter, begabt, nervös, seit der frühesten Jugend mit Stirnkopfschmerzen behaftet.

Mit 16 Jahren im Anschluss an Tod der Mutter bewusstloses Zusammenfallen mit sich anschliessender Erregung, Verworrenheit, sinnlosem Umsichschlagen, Beissen, Zähneknirschen. Solche Anfälle wiederholt. Seither zunehmende Steigerung des quälenden Stirnkopfschmerzes.

Juli 1888 Suicidversuch in der Donau mit Amnesie.

Seither Groll gegen den Chef, Ideen, sich an diesem zu rächen.

Am 2. August zu diesem Zwecke in dessen Geschäft eingedrungen, Wuthanfall mit Amnesie. In Klinik erschöpft, desorientirt, nach 4 Tagen geordnet.

2. Aufnahme auf Klinik 15. September 1888 mit heftiger Hyperaesthesie im n. supraorbitalis. Patient erschöpft, verwirrt, ist Dr. Faust, 300 Jahre alt, hat den 30jährigen Krieg mitgemacht u. s. w.

Patient fabulirt förmlich, spricht fliessend innerhalb seines Wahnkreises, ist sonst arg gehemmt, amnestisch für Vita anteacta, für früheren Aufenthalt auf der Klinik. Nach 2 Tagen rasche Lösung des psychischen Ausnahmezustands, mit völliger Amnesie für die Zeit vom 9.—17. September.

Die Schriftzüge sind nun ganz andere als die, welche Patient als Dr. Faust gehabt hat.

Am 17. n. supraorbitalis noch schmerzhaft. Die Neuralgie klingt ab. Patient erscheint noch psychisch leicht ermüdbar, nach wie vor nervös, reizbar, gedrückt.

Während des Aufenthalts im Spital, provocirt durch Gemüthsbewegungen, noch 2 Wuthanfälle von etwa 30' Dauer, analog dem am 2. August vorgekommenen, jeweils mit Exacerbation der Neuralgie.

Die beiden folgenden, von mir vor vielen Jahren beobachteten Fälle mögen als Typen für die klinischen Bilder des neuralgisch epileptischen und hysterischen transitorischen Irreseins hier Abdruck finden.

Beobachtung 5. Epilepsia larvata in Gestalt von Vesania neuralgica transitoria.*)

Es handelt sich im folgenden Falle um mit einer Intercostalneuralgie zeitweise aufgetretene Hallucinationen und Delirien bei einem früher epileptischen Anfällen unterworfen gewesenen Mädchen (Dysthymia neuralgica epileptica), welche allmälig an die Stelle der letzteren getreten waren, und wobei sich aus dem eigenthümlichen psychischen Bilde der paroxysmellen und interparoxysmellen Erscheinungen mit Sicherheit auf die Grundursache (Epilepsie) zurückschliessen liess. Zugleich gelang es der klinischen Beobachtung, die einzelnen Paroxysmen auf die periphérische Ursache (Neuralgie) zurückzuführen, und die Beachtung dieser reflectorischen Auslösung derselben hatte einen günstigen

*) Zeitschrift f. Psychiatrie XXIV, 4.

therapeutischen Erfolg in Gestalt einer Beseitigung des Krankheitszustandes mittelst subcutaner Morphiuminjectionen, womit ein experimenteller Beweis des ätiologischen Zusammenhangs der einzelnen Krankheitserscheinungen und der reflectorischen Auslösung der Paroxysmen zugleich geliefert war. Die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Begutachtung derartiger Zustände für die forensische Praxis ergiebt sich aus einem Diebstahl, den die Kranke in einem Anfalle ihres Leidens beging, der die Gerichte zur Einforderung eines Gutachtens über ihren Gesundheitszustand zur Zeit der That veranlasste.

Wilhelmine W..., 33 Jahre alt, katholisch, ledig, Dienstmagd, später Taglöhnerin und Vagabundin, wurde der Anstalt Illenau aus der Untersuchungshaft, in der sie sich wegen eines am 26. April 1866 begangenen Wäschediebstahls seit dem 15. Mai befunden hatte und in Seelenstörung verfallen sein sollte, am 10. Juli 1866 zum Zweck der Behandlung und Begutachtung ihres Seelenzustandes übergeben.

Aus den gleichzeitig eingelaufenen Acten über das frühere Leben der W. ergab sich Folgendes. Das Verbrechen, das sie zum letzten Mal in die Gewalt der Gerichte geführt hatte, war ein Wäschediebstahl, den sie am 26. April, Nachts zwischen 1 und 2 Uhr, auf einem Bleichplatz in R. begangen hatte. Gleich nach dem Diebstahl war sie mit ihrem Raub fortgeeilt, hatte sich mehrere Tage in verschiedenen Ortschaften herumgetrieben, einen Theil der entwendeten Gegenstände veräussert und mit dem Rest sich am 1. Mai bei ihrer Mutter unter dem Vorwand eingefunden, dass sie die Wäsche von einer Familie, bei der sie gewesen, zum Geschenk erhalten habe. Bei der Verhaftung, am 15. Mai, fand man noch einen Theil der entwendeten Gegenstände, nebst anderen früher gestohlenen vor, die übrigen hatten Mutter und Tochter theils verkauft, theils verarbeitet. Die Angeklagte legte ein offenes Geständniss ab und wurde einstweilen im Amtsgefängniss in Untersuchungshaft gehalten.

Schon in der ersten Zeit ihrer Gefangenschaft, in welcher grosse Anaemie, Oedem der Füsse und Stuhlverstopfung bald auftraten, stellte sich fast jeden Abend bedeutende ängstliche Unruhe ein; sie behauptete, dass Nachts ein grosser, schwarzer Mann, mit Acten unter dem Arme, zu ihr in die Zelle komme, sich auf ihre Pritsche setze und sie schrecklich anblicke. Die Nächte waren schlaflos, unruhig, unter Tags verhielt sich die Gefangene ruhig. Trotz Versetzung in gemeinsame Haft stellte sich, vom 5. Juli an, steigende Unruhe, blindes Fortdrängen aus dem Gefängniss, Taedium vitae ein, so dass ihre Versetzung in die Irrenanstalt vom Gefängnissarzt beantragt, und am 10. Juli ausgeführt wurde.

Wir fanden bei der Aufnahme eine kräftig gebaute, aber in ihrer

Ernährung sehr herabgekommene und in hohem Grade anämische Persönlichkeit. Der Schädel etwas dolichocephal, symmetrisch; indifferente, oft stupide Gesichtszüge, träge Mimik, träge Bewegungen, aber der motorische Apparat frei von Störungen. Keine Erkrankung vegetativer Organe, dagegen weit gediehene, in schwacher Circulation, wachsbleicher, etwas gedunsener Haut, Oedem der Füsse sich wesentlich aussprechende Anämie nebst Fluor albus.

Eine Reihe von Nervenbahnen, besonders aber der ganze Verlauf des linken 8. Intercostalnerven zeigten sich auf Druck sehr empfindlich, wobei sofort ein auf die Schmerzpunkte dieser Nerven (Valleix) ausgeübter Druck eine eigenthümliche, ängstliche Erregung und Gereiztheit bei der Kranken hervorbrachte, und sie fragen liess, ob man ihr denn die Geschichte mit dem „schwarzen Mann" machen wolle. Psychisch fand sich zunächst ein hoher Grad von Gedächtnissschwäche und Beschränktheit, derart, dass sie selbst über ganz einfache Thatsachen ihres früheren Lebens keine Auskunft zu geben wusste, und ein anamnestisches Eindringen in dasselbe unmöglich war. Wie die ganze Haltung und Mimik, so verriethen auch die trägen, nur auf ganz concrete Fragen erfolgenden Antworten eine grosse Schwäche im psychischen Mechanismus, die sich auch weiter in kindischem Wesen, grosser Weinerlichkeit und Reizbarkeit aussprach. Ihren Diebstahl gestand sie auf Befragen unumwunden ein, gerieth aber sofort in Weinen und Klagen, sie sei unschuldig, ein schwarzer Mann, den sie auch früher schon und jetzt wieder im Gefängniss gesehen, habe sie geheissen, das Weisszeug zu nehmen; sie habe nicht widerstehen können, auch Nichts weiter dabei gedacht. — Schon einige Tage vorher und früher öfter, sei ihr so sonderbar gewesen im Kopf; sie habe oft ein Hämmern darin verspürt, es sei ihr gewesen, als ob eine ganze Menge Leute ihr zurufe. Wenn es ihr so wurde, habe sie auf und davon gemusst; Tage lang sei sie oft planlos umhergelaufen. So sei es alle paar Wochen über sie gekommen. — Nach dem Diebstahl habe es sie 3 Tage und 3 Nächte fortgetrieben, sie habe nichts als laufen müssen, habe nicht mehr essen können und ein Gefühl im Kopf und Herz gehabt, wie wenn sie die ganze Welt mitnehmen müsste. An der Realität des Phantasma hielt sie fest; die Erinnerung daran versetzte sie in lebhafte Unruhe; es werde doch nicht der Teufel gewesen sein, und sie drüber verloren gehen müssen? Worüber sie dann in läppisches Weinen, Klagen und einen in keiner Weise beherrschbaren, schmerzlichen Gedankendrang im Sinn dieser dämonomanischen Vorstellung gerieth.

Im Verlauf der nächsten Wochen änderte sich dieses Bild blödsinniger Schwäche mit kindischer Reizbarkeit und grosser Anämie zur

wenig. Ein bald nach der Aufnahme verlangtes Gutachten konnte bei dem Mangel aller anamnestischen Daten und der Kürze der Beobachtungszeit nur ein vorläufiges sein; es machte geltend, dass ein Zustand blödsinniger Schwäche vorhanden sei, wahrscheinlich hervorgerufen aus Anämie in Folge zu langen Stillens bei ungenügender Nahrung, und nahm an, dass bei der weitgediehenen Ausbildung, die der Krankheitszustand schon bei der Aufnahme hatte, die geistige Störung schon früher, wahrscheinlich zur Zeit des Diebstahls vorhanden gewesen sei. Patientin habe sich in einem Zustand befunden, in dem sie der weder damals noch jetzt als solche erkannten Hallucination, die sie zur That aufforderte, keinen Widerstand leisten konnte. — Auf dieses vorläufige Gutachten hin wurde die Untersuchung eingestellt und die Kranke in der Anstalt belassen, wo wir durch fortgesetzte Beobachtung und sorgfältige Erforschung der Anamnese endlich im Stande waren, den Zusammenhang der Erscheinungen und die Pathogenese aufzufinden und, darauf gestützt, eine erfolgreiche Therapie zu gründen.

Nachdem bis zum Anfang November die bereits erwähnte intellectuelle und Gedächtnissschwäche, grosse gemüthliche Reizbarkeit, zeitweise Gedrücktheit, Verstimmung, vage Angstgefühle, hie und da Klagen über Intercostalschmerzen, die hervortretenden psychischen und somatischen Krankheitserscheinungen gebildet hatten, trat am 18. November ein heftiger Paroxysmus auf, der über die Deutung des Falles volle Klarheit verbreiten sollte. — Die Kranke, an welcher ausser einer gewissen Verstörtheit und grösseren Gereiztheit nichts Auffallendes bemerkt worden war, schreckte plötzlich auf, rannte davon und wurde von den nacheilenden Wärterinnen auf dem Boden liegend, im verzweiflungsvollen Kampf mit einem schrecklichen Phantasma getroffen. Der Kopf war glühend heiss und roth, der Blick wild, das Gesicht entstellt; plötzlich stürzte sich die Kranke auf die Umgebung, biss, trat, schlug um sich aus Leibeskräften, so dass Beschränkung nöthig wurde. Zu Bette gebracht dauerte das Umsichschlagen und Wüthen der Kranken noch 10 Minuten fort, dann wurde sie ruhig, begann Eindrücke aus der Aussenwelt aufzunehmen, kam rasch zu sich, blieb noch einige Stunden sehr gereizt, schwerbesinnlich, verstimmt, mit schmerzlichem Gedankendrang, dass Gott sie verlassen habe, und ging dann in den Status quo ante über. Es zeigte sich, dass sie gar kein Bewusstsein von dem, was während ihres Anfalls mit ihr vorgegangen war, hatte, dagegen wusste sie ziemlich gut Bescheid über die Erlebnisse ihres Traumzustandes zu geben.

Unter Hämmern im Kopf, Gefühl von Schauern durch den Körper, sei plötzlich eine fürchterliche Bangigkeit über sie gekommen. Ein schwarzer Mann mit langen Ohren, langem Barte und Bocksfüssen sei vor

ihr gestanden, habe Feuer gegen sie gespieen, ihre ewige Seligkeit von ihr verlangt, befohlen, dass sie Alles zusammenschlagen solle. Er habe sie ins Herz gestochen, in der Seite getreten und gebrannt. Sie könne nicht begreifen, wie er zur Thüre hereingekommen sei, aber Wirklichkeit müsse es doch sein, da sie ihn gesehen, gehört und gefühlt habe. Dieser Zustand eines transitorischen Deliriums, das im ganzen Krankheitsverlauf isolirt stand, noch mehr die Angaben der Kranken, dass sie in die Seite gebrannt, gestochen u. s. w. worden sei, was auf irgend eine schmerzhafte Empfindung an dieser Stelle hindeutete, der Umstand, dass schon früher an dieser Stelle Intercostalneuralgie beobachtet worden war, mit deren Exacerbationen Zustände von psychischer Verstimmung, Gereiztheit oder flüchtiges Auftauchen der hallucinatorischen Figur des schwarzen Mannes aufgetreten waren, musste zunächst den Verdacht erwecken, dass wir es mit einer Dysthymia neuralgica, einer Reflexpsychose, die durch einen peripheren Reiz, vielleicht die schon constatirte Intercostalneuralgie geweckt war, zu thun hatten.

Die Vermuthung sollte sich bald bestätigen, da am 30. d. M. wir rechtzeitig zu einem weiteren Anfall gerufen, das Vorhandensein einer äusserst heftigen Neuralgie des 8. linken Intercostalis nachweisen konnten. Der Anfall dauerte dies Mal länger, etwa eine halbe Stunde, verlief im Uebrigen genau wie der frühere. Druck auf die neuralgische Stelle steigerte ihn zu einer enormen Höhe und führte sofort zur Wiederkehr des Wahns, dass das Phantasma sie ins Herz stechen wolle. — Mit dem Aufhören des Anfalls war auch die Neuralgie verschwunden. An der Diagnose war somit nicht mehr zu zweifeln: *wir hatten es mit einer Dysthymia neuralgica zu thun, die, je nach der Intensität des Schmerzes, bald als blosse psychische Depression, als flüchtige Hallucination, oder als furibundes Delirium sich äusserte, dessen einzelne Wahnvorstellungen ihr Material von der neuralgischen Stelle bezogen, gleichsam nur die allegorischen Interpretationen des ins Traumleben hinüber percipirten Schmerzes waren.* Derartige Anfälle traten in der Folge noch am 4., 8., 23. December, am 4. und 23. Januar auf. Hämmern im Kopf, Gefühl eines Schauers im ganzen Körper, heisser, congestionirter Kopf, verstörter, grosse Angst verrathender Blick, grosse Gereiztheit, barsche, heftige Sprache, unruhiges Umhertreiben, plötzliche Angriffe auf die Umgebung, waren regelmässig die Prodromi der Anfälle, die plötzlich eintraten, bis ins Detail einander glichen, 10 Minuten bis $1/2$ Stunde dauerten, und nur eine Erinnerung für das im Traumzustand Erlebte hinterliessen. — Heftiger Kopfschmerz, grosse Mattigkeit, Reizbarkeit, Schwerbesinnlichkeit bestanden dann noch einige Stunden, worauf die

Kranke wieder in den früheren Zustand zurückkehrte. — Mit der Erkenntniss des Zusammenhangs der Erscheinungen war die Therapie gegeben und einfach. Die Neuralgie wurde mit subcutanen Morphium-Injectionen (2 mal täglich 0,01—0,03 an die Schmerzpunkte) behandelt und gemildert, die Umgebung angewiesen, bei den geringsten prodromi den Arzt sofort zu rufen; vorhandene Anfälle wurden durch starke Injectionen coupirt, die Anämie durch Eisen und Diät gemindert, endlich unter fortgesetzter Anwendung der Injectionen die Neuralgie beseitigt*), worauf die Anfälle ausblieben, die intellectuelle und Gedächtnissschwäche sich besserte, die Reizbarkeit, Verstimmung und Hallucinationen schwanden und die Kranke im Mai 1866 nach Hause entlassen werden konnte und, wie bis zum Juni 1867 eingezogene Nachrichten ergaben, von den früheren Erscheinungen ihres Leidens frei blieb.

Offenbar hatten wir es in unserem Fall mit einer neuralgischen Psychose zu thun, und soweit war er klar. Weniger zu Tage aber lag der pathologische Zustand des Centralorgans, die Bedingungen, durch welche in diesem ein peripherer Reiz sonst unerreichbare Nervengebiete in Erregung versetzen konnte. Waren die Bedingungen dieses krankhaften Hirnzustandes einfach in der mangelhaften Hirnernährung, der grossen Anämie zu suchen, oder bestand eine anderweitige centrale Neurose, deren symptomatischer Ausdruck, vielleicht in transformirter Gestalt, die bei der Kranken beobachteten Anfälle waren und von denen die neuralgischen Erscheinungen nur eine Theilerscheinung darstellten? Hier konnten zunächst nur zwei Neurosen in Betracht kommen, hysterische und epileptische Zustände. Für Hysterie sprach, ganz abgesehen von der inzwischen erhobenen Anamnese, weder die Form der Anfälle, noch der psychische Zustand in der Zwischenzeit, wohl aber fanden sich starke Indicien, dass ein epileptisches Leiden vorlag. Darauf deuteten ein Mal die grosse Gedächtnissschwäche, grosse Reizbarkeit und zeitweise psychische Verstimmung der Kranken, ihre ganz abrupt auftretenden Hallucinationen schrecklichen Inhalts, die Art der Anfälle selbst, ihre Gleichförmigkeit, die nur Intensitätswechsel zuliess, die Delirien und Hallucinationen schrecklichen Inhalts in diesen, ihr plötzliches Auftreten, die Amnesie für Alles während der Anfälle um die Kranke Vorgegangene, der Uebergang derselben zum früheren Status quo durch ein Stadium des Stupors und der Schwerbesinnlichkeit. Liess schon all

*) Eine auffallende Erscheinung war, dass während sonst 0,015 Morph. in subcutaner Anwendung schon Brechen hervorrief, während des Anfalls 0,06 injicirt durchaus keine toxische Erscheinung hervorbrachte, so dass also während desselben das Nervensystem in einem ganz anderen Zustand sich befinden musste. Ebenso gelang es nur den Anfall zu coupiren, wenn in dem Prodromalstadium injicirt wurde; im Anfall selbst hatte die Injection gar keine Wirkung mehr.

dies die charakteristischen Züge einer epileptischen Störung erkennen, so gewann die Vermuthung Gewissheit, als die Kranke einmal plötzlich vom Stuhl fiel und eine mehrere Secunden dauernde vertigo epil. darbot. Ebenso wurde sie eines Morgens mit aufgeschürfter Wange ausser Bett in einem schwerbesinnlichen, gereizten Zustand getroffen, ohne dass sie Auskunft über das, was mit ihr vorgegangen war, geben konnte. Die Anamnese, die mit der fortschreitenden Besserung des psychischen Befindens allmälig möglich geworden war, und durch Angaben der zum Besuch gekommenen Mutter ergänzt wurde, sollte den Beweis vervollständigen, dass es sich um eine reine Reflexepilepsie handelte, deren convulsivische Paroxysmen von eigenthümlichen neuropsychischen Zufällen, analog den epileptisch-maniakalischen, vertreten waren, und als Aequivalente jener, als transformirte Ereignisse ein und desselben Grundzustandes angesehen werden mussten.

Die bezüglichen anamnestischen Momente waren folgende:

W. W. ist keiner nachweisbaren Prädisposition zu Psychosen unterworfen; eine Schwester litt an epileptischen Krämpfen. Die W. war in ihrer Jugend sehr kränklich und litt schon in ihrem 10. Jahr an linksseitiger Intercostalneuralgie, mit deren Exacerbationen sie schon damals häufig ängstlich, schwermüthig wurde, über einen Druck am Herz klagte, und plan- und ziellos, oft mitten in der Nacht, davon lief, und ohne zu wissen, was sie gethan, wo sie gewesen war, nach Stunden oder Tagen wieder heimkehrte.

In ihrem 11. Jahr traten auf der Höhe der Intercostalneuralgie, die sie charakteristisch beschreibt, Krampfanfälle auf, in denen man sie für todt hielt. Sie hatte allgemeine heftige clonische Krämpfe; das Bewusstsein war völlig aufgehoben, oft stand Schaum vor dem Mund —, unzweifelhaft epileptische Krämpfe, die sich häufig, besonders zur Zeit der Menses, wiederholten und bis zum 15. Lebensjahr die Kranke heimsuchten.

Mit $13\frac{1}{2}$ Jahren traten die Menses unter Schmerzen ein und verliefen in der Folge sehr unregelmässig und schmerzhaft. Von der Zeit der Pubertät an scheint die Kranke mehrere Jahre an Chlorose gelitten zu haben. Mit dem Aufhören der Krämpfe hörten aber die neuralgischen Anfälle nicht auf. An die Stelle jener traten mit den Exacerbationen der Neuralgie die ersten Hallucinationen. Dasselbe dämonische Phantasma, das im späteren Krankheitsverlauf eine so grosse Rolle spielt, erschien in Zeiträumen von 1—12 Wochen, spie Feuer gegen sie, schlug gegen sie (an die neuralgische Stelle) mit zwei grossen, schwarzen Flügeln, befahl ihr, Das und Jenes zu stehlen und zu thun, und wenn sie ihm selbst nicht zu Willen war, so verhöhnte und verfolgte es sie.

Diese schrecklichen Visionen stellten sich meist mit dem Gefühl von Brausen und Hämmern im Kopfe ein. Wenn sie die Augen schloss, wurden die Phantasmen, die sie früh als eine Teufelsvision erkannte, heftiger. Erreichte der Anfall seine Höhe, so liess es ihr keine Ruhe mehr, in blindem Drang, planlos auf und davon zu laufen. Der „Böse" verfolgte sie dann Stunden weit, gebot ihr Gegenstände, die sie sah, zu nehmen, zusammenzuschlagen u. s. w. Wenn sie ihm den Willen that, wurde ihr sofort leichter. Ein klares Bewusstsein von der Umgebung hatte sie während dieser Zufälle nicht; die Leute kannte sie nicht, die ihr begegneten. Wenn sie, nach Stunden oder Tagen, erschöpft nach Hause kam, wusste sie nicht, wo sie gewesen war, noch wo sie die Gegenstände, die sie bei sich trug, entwendet hatte. — Diese Anfälle traten seit ihrem 15. Jahr, nur nicht so ausgebildet, als die in der Anstalt beobachteten, alle paar Wochen auf. Sie glichen wesentlich bis ins Detail, einander, nur die Intensität war eine wechselnde. Bald kam die Vision nur flüchtig, schattenhaft und rief ihr einen Befehl zu, dem sie noch widerstehen konnte, bald war das Phantasma so lebhaft, die Bewusstseinsstörung so gross, dass sie blind gehorchen musste. Sie habe auf das Geheiss des „schwarzen Mannes" Viel wegnehmen müssen, dadurch viel Kummer und Verdruss von den Leuten erfahren, sei oft eingesperrt worden und habe doch von ihren Diebstählen nichts gewusst und selbst oft, wenn sie wieder bei sich war, die Gegenstände den Eigenthümern wieder zurückgegeben. Es habe ihr viel Thränen gekostet.

Zuweilen kam es auch nicht bis zur Vision, sondern die Neuralgie führte bloss zu grosser Bangigkeit und Ruhelosigkeit. Ein Gefühl unendlicher Depression im Epigastrium kam über sie, ein Drang, auf und davon zu laufen und aufzupacken, wessen sie nur habhaft werden konnte, Gedanken, wie wenn sie Alles zusammenschlagen müsste. Auch hat sie wirklich, in einem solchen Zustand, ihrer Dienstherrschaft einmal Zimmergeräthe demolirt. Im Allgemeinen entsprachen diesen Zuständen niedere Grade der Neuralgie; mit der Steigerung derselben trat jedesmal die bekannte Vision ein, und ihrer Höhe entsprachen die geschilderten furibunden Delirien. So weit die Anamnese, aus der noch hervorgeht, dass die Kranke in den letzten Jahren oft vom Stuhl gefallen, auf dem Feld bei der Arbeit bewusstlos umgesunken und mit einem unendlichen Wehgefühl wieder aufgewacht war.

Wir haben der klinischen Erörterung des Falles wenig mehr beizufügen. Offenbar handelt es sich nur um verschiedene Symptomengruppen ein und desselben Grundzustandes, nämlich einer epileptischen Reflexneurose, die bald als einfache psychische Depression mit ängstlichen Affecten und destructiven Antrieben, bald als hallucinatorisches

Delirium in bestimmter Weise, bald als vertigo, bald als genuiner epileptischer convulsiver Paroxysmus in Scene tritt. — Trotz der Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes erkennen wir doch deutlich an der Pathogenese, dem Verlauf, dem immer nachweisbaren peripheren Reiz und dem eigenthümlichen paroxysmellen und interparoxysmellen psychischen Zustand die gemeinschaftliche epileptische Basis.

Beobachtung 6. Nach einer Kopfverletzung aufgetretenes hysterisches Irresein.*)

Die ledige Elisabeth H., geboren 17. Februar 1838, wurde der Anstalt Illenau wegen eines schweren Nervenleidens, von dem sie im April d. J. 1861 befallen wurde, im März 1864 übergeben.

Sie war keiner hereditären Disposition zu Neurosen und Psychosen unterworfen, hatte sich körperlich und geistig gut entwickelt und nie Störungen der Menstruation dargeboten. Ebenso wenig gelang es der Anamnese, eine besondere Neigung zu nervösen Beschwerden, ein Ueberwiegen der sensiblen und Gemüthssphäre über die anderen Functionen nachzuweisen. Ebenso fehlten alle Erscheinungen, die auf gewisse Eigenthümlichkeiten des Charakters hingedeutet hätten; thätig, sittlich, gutmüthig, hatte Patientin bisher mit Handarbeiten und Besorgung der Haushaltungsgeschäfte im Hause ihrer Eltern, die als ruhige harmlose Leute galten, ihr Leben zugebracht.

Am 4. April 1861 erlitt sie auf dem Feld ihres Vaters von einem Nachbar eine rohe Misshandlung, indem dieser ohne weitere Veranlassung, nach einem Wortwechsel, mit der Hand ihr heftige Hiebe auf die linke Scheitelgegend versetzte. Sie sank in Folge dieser Misshandlung zu Boden, erhob sich aber alsbald mit dem Gefühl heftigen Schwindels und Kopfschmerz. Aeussere Verletzungen waren in Folge der Misshandlung keine zu bemerken; die H. ging nach Hause, fühlte sich aber bald sehr angegriffen, sodass sie sich zu Bette legen musste. Sie war in grosser Aufregung über das ihr widerfahrene Unrecht, „es stellte sich quälender Schmerz an der Stelle ein, an welcher sie geschlagen worden war, sodass sie nichts mehr auf dem Kopfe tragen konnte". Eine Reihe von Umständen, die in der nächsten Zeit auf die Kranke einwirkten, dienten dazu, die Aufregung derselben zu vermehren: einmal das ihr vorgehaltene Beispiel einer Frau im Ort, die durch eine ähnliche Misshandlung an Krämpfen und Schmerzen erkrankt war, ferner die gerichtsärztlichen Untersuchungen und gerichtlichen Verhandlungen, in die sie durch den mit dem Nachbar angefangenen Process verwickelt wurde. Der Kopfschmerz, der sich später als eine äusserst heftige linkseitige

*) Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medicin. 1866.

Cervico-occipital-Neuralgie auswies, wurde immer quälender; Sensationen, als ob der Schädel an der dem Trauma entsprechenden Stelle herausbrechen wolle, irradiirte Empfindungen auf andere sensible Trigeminus-Aeste, Schwindel, Unruhe, Frösteln, Durst, unruhiger Schlaf gesellten sich hinzu, sodass die Kranke meist das Bett hüten und ärztlicher Behandlung übergeben werden musste.

Bis zum 16. April bestand unter vorübergehender Besserung der Erscheinungen (13.—16. April) dieser Zustand, dessen hervortretende Symptome ein sehr heftiger Kopfschmerz, verschiedene nervöse Beschwerden und leichte Fieberbewegungen waren, fort. Der Kopfschmerz war äusserst quälend, wurde vorwiegend auf der linken Hälfte des Kopfs gefühlt, irradiirte aber oft auf andere Trigeminusprovinzen und verhinderte die Kranke an anstrengenderer Arbeit. Unter Exacerbation desselben tritt am 16. ein etwa eine halbe Stunde dauernder tetanischer Krampfanfall ein, auf den am 17. heftige tonische und clonische Krämpfe folgen, während deren Dauer das Bewusstsein der Patientin getrübt ist und Nadelstiche nicht empfunden werden. Diese Anfälle, welche sich in der Folge fast täglich monatelang wiederholen, bekommen immer mehr das Gepräge hysterischer Attaquen, sie nehmen einen polymorphen Charakter an, treffen bald die, bald jene Muskelgruppen, sind von sehr wechselnder Intensität und Ausdehnung, bald mehr clonisch, bald mehr tonisch, häufig werden sie von der Kranken voraus verkündet. Das Bewusstsein, anfangs nur getrübt, erlischt später in den Anfällen gänzlich, sodass die Kranke keine Erinnerung für das in ihnen Geschehene behält, zuweilen aber treten zwischendurch Anfälle auf, in denen das Bewusstsein frei bleibt. Bemerkenswerth ist, dass jeweils eine Exacerbation des Kopfschmerzes die Anfälle einleitet und annähernd der Heftigkeit desselben die Intensität dieser entspricht, eine Eigenthümlichkeit, die in prägnanter Weise auch während des Aufenthalts der Kranken in der Anstalt beobachtet wird. Im Herbste 1861 werden die spastischen Erscheinungen seltener, aber das Bild der Neurose wird ein complicirteres, indem auch die psychischen und sensoriellen Functionen in den Krankheitsprocess mit hineingezogen werden. — Das Tagebuch des Arztes berichtet von Verwirrung der Vorstellungen, religiösen Delirien, ecstatischen Zuständen, ohnmächtigem Schreien, automatischen Handlungen, Zuständen von (hysterischem) Coma (die sogenannten „stillen Krämpfe“ der Kranken) u. s. w. In den sogenannten freien Zeiträumen ist die Kranke relativ wohl, zur Besorgung leichterer Geschäfte fähig, aber immer schwebt wie ein Damoclesschwert über ihr der Kopfschmerz, dessen Steigerungen sie den Anfällen preisgeben. Aus dem Diarium des Amtsgerichtsarztes M. geht hervor, dass als der Sitz dieses Schmerzes genau dieselbe Stelle

wie hier, beobachtet wurde, nämlich das linke Scheitelbein (Februar 1862). In den übrigen Functionen des Körpers zeigen sich während dieser Zeit nur unerhebliche Störungen; die Menstruation nimmt ihren regelmässigen Fortgang, nur steigern sich während ihrer Dauer die Anfälle; die Thätigkeit des Darmkanals ist etwas träge, der Schlaf, ausser wenn durch Anfälle unterbrochen, ruhig. Zeichen, die auf eine cerebrale Heerderkrankung deuten, wie Lähmungen und dergl. kommen nicht zur Beobachtung; die Pupillen reagiren meist träge und sind meist contrahirt. Wie die erwähnten Krampfanfälle das deutliche Gepräge hysterischer Paroxysmen trugen, deuteten auch gewisse Eigenthümlichkeiten im psychischen Leben — rascher unmotivirter Wechsel der Stimmung von grosser Depression und Reizbarkeit bis zum Gefühl grössten Wohlseins und der heitersten Lebensanschauung auf die hysterische Natur des Leidens. Ein deutlicher Zusammenhang fand sich zwischen Kopfschmerz und Stimmung, der während des Aufenthalts zu Illenau sich noch deutlicher herausstellte, indem nämlich eine grössere Depression der Selbstempfindung immer mit Steigerungen des Kopfschmerzes einherging und Zeiten behaglicher Stimmung mit Remissionen desselben zusammentrafen.

Im Frühjahr 1862 wurden der Kopfschmerz und die Anfälle seltener, kehrten aber im Winter 1862/63 um so heftiger wieder und änderten etwas ihren Charakter, indem die krampfhaften Muskelstörungen zurücktraten und mehr das Bild der Chorea major mit zeitweisen Delirien und Hallucinationen, die die erlittene Misshandlung zum Gegenstand hatten, sie vertrat. Dieses Gepräge behielten sie in der Folge; das Bewusstsein für das, was in den Anfällen vor sich gegangen war, fehlte immer, die Kranke beging in diesen, die in Zwischenräumen von 14 Tagen bis einigen Wochen immer wiederkehrten, eine Reihe ganz verwirrter Handlungen, rannte z. B. auf und davon, in den Wald, aufs Feld, verkannte in ihrem Delirium die Personen, griff sie, indem sie diese für vermeintliche Verfolger hielt, an und entwickelte dabei ausserordentliche Rücksichtslosigkeit, Gewandtheit und Muskelkraft. In den freien Zeiträumen befand sich die Kranke, eine gedrückte Stimmung abgerechnet, frei von psychischer Störung, litt aber sehr unter dem fortwährenden Kopfschmerz, der sie auch fast gänzlich am Arbeiten verhinderte. Vergebens wurde durch wiederholte Blutentziehungen, Vesicantien, Fontanellen, Haarseile im Nacken, Chinin, Morphin etc. etc. eine dauernde Besserung des Leidens versucht. Bemerkenswerth ist, dass allmälig die Sehaxen dauernd eine convergirende Richtung annahmen.

Die Untersuchung der Kranken bei ihrer Aufnahme in die Anstalt im März 1864 ergab folgenden Befund: Sie ist von mittlerer Grösse, kräftigem Körperbau, gut genährt; der Schädel ist regelmässig

gebildet, die Sehaxen etwas convergirend; keine motorischen Störungen, keine Störung der Functionen in den vegetativen Organen; die Menses sind regelmässig. Die Exploration der Stelle, an welcher die Kranke geschlagen worden war, ergab keine krankhafte Veränderung des Knochens oder der ihn bedeckenden häutigen Gebilde, dagegen war der ganze linke Nervus occipitalis in allen seinen Verzweigungen hyperästhetisch und beantwortete Druck in seinem Verlauf mit lebhaftem die ganze Bahn durchschiessendem Schmerz, auch konnte die Kranke seit langer Zeit nicht die geringste Last auf dem Kopfe tragen, ohne sofort von heftiger Neuralgie ergriffen zu werden. Besonders empfindlich war der Parietalpunkt, auf der Höhe des linken Scheitelbeins, da wo es sich mit dem der anderen Seite und dem Hinterhauptsbein verbindet; dieser neuralgische Punkt hatte etwa die Ausdehnung eines Quadratzolls; ein zweiter fand sich im Verlauf des N. occipitalis magnus, hinter dem processus mastoideus (Occipitalpunkt). Die Intensität der Neuralgie war wechselnd, die Kranke nie ganz frei von Schmerz und unerschöpflich in der Schilderung der Gefühle, die sie im Kopfe empfand; bald klagte sie Kälte, Frieren, Brennen, Klopfen, Zucken, Stechen, das Gefühl, als ob der Kopf gespalten sei, Wind vom Ohr hinauf (entsprechend dem Verlauf des N. occip.) durch jenen Spalt blase, Wasser zwischen Schädel und Kopfschwarte hin- und herlaufe u. s. w. Sonstige Störungen der Sensibilität fehlten, besonders etwaige Muskelhyperästhesieen; die höheren Sinne waren etwas hyperästhetisch, Hallucinationen bei der Aufnahme nicht nachzuweisen. Die Gemüthsstimmung war eine trübe, gedrückte, schmerzliche; das Sinnen und Vorstellen der Pat. vorzugsweise auf ihr Leiden, ihre schmerzhaften Sensationen gerichtet und in der Erinnerung an die ihr widerfahrene Misshandlung, der Sorge für ihr Lebensglück, ihre Gesundheit befangen. Es that der Kranken wohl, wenn sie die ärztliche Aufmerksamkeit und das Mitgefühl Anderer auf sich lenken konnte, wie ihr umgekehrt der geringste Zweifel an der Schwere der Erkrankung oder nur die Verminderung der Theilnahme Anderer sofort eine sehr gedrückte Stimmung verursachte. Im Allgemeinen war diese durchaus abhängig von der jeweiligen Intensität der Neuralgie, ein Abhängigkeitsverhältniss, das sich in der Folge sehr deutlich herausstellte. Diese habituelle Gemüthsverstimmung, der krankhafte Zwang, in den das Vorstellen durch das schmerzliche Fühlen gebannt war, der bei allen derartigen Kranken zu beobachtende Drang, das Interesse und Mitleid Anderer zu erregen, selbst, wenn nöthig, mit halbgewollter Selbststeigerung der Krankheitssymptome, eine gesteigerte Erregbarkeit für Gemüthseindrücke, entsprechend der Hyperästhesie im neuralgisch afficirten Nervengebiet, waren die bemerkenswerthen psychischen Anomalien, die sich bei der

Aufnahme der Kranken vorhanden. Schon in den ersten Tagen ihrer Anwesenheit vervollständigte sich das Krankheitsbild durch das Auftreten spasmodischer Zufälle, die sich in der Folge binnen Tagen oder Wochen beständig wiederholten. Immer waren sie durch heftige Exacerbationen der Cervicooccipitalneuralgie bedingt und hatten als entferntere Ursache fast ausschliesslich psychische Momente. Bald war es der Nachlass des Interesses für ihren Krankheitszustand von Seiten der Umgebung, bald Aussetzen mit medicamentösen Eingriffen, unangenehme Begegnungen mit anderen Pfleglingen, Ruhestörungen oder Krampfanfälle anderer Kranker, die bei der zu einem hohen Grade gesteigerten psychischen Erregbarkeit die Anfälle provocirten, bald waren es direct die Neuralgie hervorrufende Krankheitsreize, wie Anstossen mit dem Kopf, Sichaussetzen höheren Wärmegraden durch Sitzen in der Sonne mit unbedecktem Haupt, die bei der ebenfalls hochgradig gesteigerten spinalen Reflexerregbarkeit, motorische Erscheinungen auslösten; ja eine Zeit lang genügten bei vorübergehend besonders hochgesteigerter Reflexerregbarkeit Irradiationen anderer neuralgischen Beschwerden auf den locus minoris resistentiae, unangenehme Geruchsperceptionen, grelle Sinneseindrücke oder selbst Vorstellungsreize, z. B. die lebhafte, sich später bis zur Hallucination steigernde Reproduction des Vorfalls auf dem Acker, durch den sie unglücklich geworden war, um durch Wiederhervorrufung der Neuralgie, spastische und hallucinatorische Phänomene hervorzurufen. Der schon angedeutete Connex zwischen Stimmung, Neuralgie und Anfall liess sich immer deutlicher nachweisen; exacerbirte die Neuralgie, so ging die Stimmung aus ihrer relativen Gleichgewichtslage auf die Seite der Depression hinüber, und zum Uebergang in den Anfall war es nur ein Schritt; aber auch Alles, was das Gemüth unangenehm berührte, war geeignet, sofort die Neuralgie und damit die spastischen Zufälle heraufzubeschwören — ein Zustand, der, als das Leiden sich steigerte, widerstandslos die Kranke diesem krankhaften Zwang unterwarf. Da all diese ursächlichen Momente fast ausnahmslos bei Tage einwirkten, ist es begreiflich, dass Patientin Nachts von ihren Anfällen verschont blieb. Es ist schwer für diese selbst ein Musterbild zu entwerfen, da bald die, bald jene Function in Mitleidenschaft gezogen wurde und die Erscheinungen gestörten Nervenlebens in ihrer Intensität sehr wechselten.

Unter steigenden Schmerzen im Gebiet des N. occipitalis und Irradiation derselben auf Aeste des Quintus und der Cervicalnerven, Andeutungen von Globus, bemächtigte sich der Kranken eine immer mehr zunehmende Unruhe und Bangigkeit, die bald als von der neuralgischen Stelle, bald vom Epigastrium ausgehend angegeben wurde; die bulbi verdrehten sich, der Strabismus convergens nahm zu, es trat eine exquisite

Gefühlslähmung im Bereich der afficirten Nerven ein, eine Erscheinung, die auch meist höhere Grade der Neuralgie, auch wenn es nicht zum Anfall kam, begleitete. Das Bewusstsein trübte sich, die Kranke fühlte selbst eine Verwirrung der Gedanken, ein „Drunter- und Drübergehen im Kopf", fing an, abgerissen vor sich hin zu sprechen, die Umgebung zu verkennen und gab auf Anreden barsche, unzusammenhängende Antworten; das Bewusstsein für die objective Welt erlosch völlig, das Gesicht nahm einen fratzenhaften Ausdruck an und wurde krampfhaft nach allen Richtungen hin verzerrt, es stellte sich die Vision des Mannes, der sie geschlagen, ein, er verfolgte sie, drohte sie wieder zu schlagen, sie fühlte die Schläge desselben, indem sie bei ihrem gestörten Bewusstsein die Schmerzen, welche die Neuralgie setzte, dafür hielt. Diese waren so heftig, dass selbst bei sonst völlig aufgehobener Sinnesperception Druck auf die Schmerzpunkte empfunden wurde und den Anfall sofort steigerte. Ein verzweifeltes Ringen und Kämpfen mit dem hallucinatorischen Gebilde erfolgte nun, bei dem die Kranke eine unglaubliche Gewandtheit und Muskelkraft entwickelte; sie hörte den Angreifer schelten, spotten, drohen und erschöpfte sich in endlosen Vociferationen dagegen; sie sprang auf Möbeln, Betten mit merkwürdiger Geschicklichkeit umher, ihm zu entweichen versuchend, bis endlich diese das Gepräge von gewollten Bewegungen noch tragenden Muskelaktionen in allgemeine mangelhaft coordinirte, Chorea major ähnliche Bewegungen übergingen oder statt dieser oder im Anschluss an diese, allgemeine clonische Krämpfe, unterbrochen vorübergehend von tetanischer Starre der Extremitäten, sich einstellten. Das Delirium dauerte dann noch einige Zeit fort; allmälig, etwa nach Verlauf von 20 Minuten bis zu einer halben Stunde trat ein soporartiger Zustand ein, die Kranke näherte sich dann ziemlich rasch wieder der objectiven Welt, klagte über heftige Occipitalschmerzen, allgemeine Erschöpfung, sprach noch einige Zeit etwas verwirrt, zeigte ein getrübtes Bewusstsein und kehrte dann, indem die Schmerzen auf ein bescheidenes Mass zurückgingen, in ihren früheren Zustand zurück. Die Erinnerung für das, was im Anfall vorgegangen war, fehlte vollständig.

Nicht immer wurde die ganze psychische, sensorielle und motorische Sphäre in Mitleidenschaft gezogen. Ohne dass ein Grund nachweisbar war, kam es zuweilen nur zu unvollständigen Attaquen, die entweder nur in hallucinatorischem Delirium, oder in Chorea magna ähnlichen oder hysteroepileptischen Krämpfen sich abspielten.

Die Behandlung (Chinin, Morphium, Chloroform, Atropin, Argentum nitricum mit extr. Aconiti, laue Bäder, traitement moral) hatte keinen rechten Erfolg.

Im Januar 1865 entschloss man sich zur Anwendung der Inductionselektricität, indem 2 mal täglich eine kräftige cutane Faradisation des Parietalschmerzpunktes ausgeführt und durch den Verlauf des N. occipitalis ein starker Inductionsstrom 10 Minuten geleitet wurde. Der Erfolg war ein überraschender; schon nach der ersten Sitzung ertrug die Kranke starken Druck an den Schmerzpunkten, die Anfälle wurden seltener, die Stimmung hob sich, die Neuralgie cessirte stundenlang und wurde sehr gemässigt. Leider recidivirte diese aber immer wieder bei der geringsten Gemüthsbewegung, die Faradisation wurde lästig und mit subcutanen Morphiuminjectionen (1—2 Gran 2 mal täglich an die Schmerzpunkte) vertauscht. Die Wirkung war palliativ eine noch günstigere als die der Elektricität; der Zustand besserte sich sogar so, dass subcutane Wasserinjectionen einige Wochen im August an deren Stelle ohne Vorwissen der Patientin gemacht, den gleichen Erfolg gegen die Neuralgie hatten. Nicht so war es aber mit der Unruhe, Bangigkeit, Reizbarkeit, die, so lange die Kranke unter der Wirkung hoher Morphiumdosen gestanden hatte, verschwunden waren; die plötzliche Entziehung des gewohnten Nervenreizes rief jene wieder hervor, es stellte sich dazu noch Schlaflosigkeit ein, so dass die Morphiumbehandlung wieder begonnen werden musste. Die günstige Wirkung aufs Allgemeinbefinden blieb nicht aus, und als in Folge der subcutanen Injectionen im August an der neuralgischen Stelle ein bedeutender Abscess der Kopfschwarte entstanden war, stand die Neuralgie einige Zeit gänzlich, kehrte nur noch selten und schwach angedeutet wieder und die Kranke schien der Reconvalescenz entgegen zu gehen.

Aber noch im August stellte sich eine heftige linksseitige Intercostalneuralgie in der Höhe der zweiten Rippe ein, nachdem schon in früheren Monaten herumziehende neuralgische Beschwerden im Bereich verschiedener Intercostalnerven sich gezeigt hatten. Merkwürdigerweise vertrat nun die neue Neuralgie ganz die Stelle der erloschenen in Bezug auf die Genese der Anfälle und auf die Stimmung der Kranken. Jene traten wieder ganz in der alten Weise auf, sobald die Intercostalneuralgie exacerbirte und gingen nun auch deutlicher mit Globus und epigastrischen Angstgefühlen einher, ohne dass sich aber in der Magengrube eine Muskelhyperästhesie je auffinden liess. Die Neuralgie wich der Behandlung mit subcutanen Morphiuminjectionen ebenfalls, mit denen bis zu 6 Gran pro die gestiegen werden musste. Unter dem Einfluss dieser hohen Dosen zeigte sich endlich eine unverkennbare Abnahme der gesteigerten Reflexerregbarkeit des Nervensystems, sodass endlich die oben angedeuteten ätiologischen Momente, trotz der noch gemässigt fortbestehenden Neuralgie, die Anfälle nicht mehr so leicht hervorzu-

bringen vermochten und die Kranke drohende durch Heranziehung der wiedergewonnenen Willenskraft zu beherrschen im Stande war. Allmälig wurde aber das Morphium, das eine sehr beruhigende Wirkung, behagliche Stimmung und Gemeingefühlsempfindung hervorzubringen schien, ein wahrer Lebensreiz und nur schwer gelang die Abgewöhnung, deren Versuch von der Kranken schmerzlich empfunden wurde und sie zu Nachlass in ihrer Willensanstrengung und sogar Selbststeigerung, wenn spasmodische Zufälle sich einstellen wollten, veranlassen konnte. Allmälig gelang es aber durch consequente Verminderung der Dosis und strengere psychische Behandlung die Kranke zu entwöhnen. Was die Behandlung beginnender Anfälle betrifft, so war es mehrmals möglich durch Chloroform-Narcose, Faradisation oder subcutane Injection an der neuralgischen Stelle, selbst mitten im Anfall, diesen zu coupiren, ein Beweis für die reflectorische Auslösung desselben.

Das Befinden der Kranken in den freien Zeiträumen hing fast ausschliesslich von dem Vorhanden- oder Nichtvorhandensein der Neuralgie ab. Dem schmerzlichen Fühlen ging das schmerzliche Vorstellen durchweg parallel. Die Verminderung der psychischen Reizbarkeit ging gleichen Schritt mit Abnahme der Reflexerregbarkeit in anderen Provinzen des Nervenlebens; das Heraustreten aus dem engen und krankhaften Vorstellungskreis, in dem die Kranke gebannt war, war erst möglich, als der krankhafte Zwang, in den sich das Fühlen durch den Schmerz versetzt fand, gebrochen war. Zu Zeiten, wo sich dieser zu einem höheren Grad steigerte, kam es selbst zu taedium vitae, zu Stimmen, die zu Selbstmord aufforderten, zum Abschneiden der Zöpfe u. s. w., zu Visionen des Mannes, der die Kranke geschlagen hatte, aber nur in ganz ephemerem Bestand. — Die übrigen Verzweigungsgebiete sensibler Nerven waren selten afficirt. Einige Male fand sich einige Tage lang eine allgemeine spinale Hyperästhesie, mehrmals litt die Kranke an plötzlich kommender und schwindender nervöser Aphonie und Arthralgie, aber bemerkenswerth ist, dass, wenn neuralgische Beschwerden vorübergehend da waren, sie zwar die Stimmung verschlechterten, aber nie einen Anfall hervorzurufen im Stande waren. Leichte Gastricismen, Neigung zu Obstipation waren, nebst Cessatio mensium vom Juli bis November 1865, die einzigen Störungen vegetativer Organe, die wir beobachteten.

Die Kranke kehrte wesentlich gebessert, d. h. bereits längere Zeit frei von Anfällen und seltener und gemässigter von ihren neuralgischen Beschwerden heimgesucht, im Januar 1866 in ihre Heimath zurück.

Bei einem Versuch, der transitorisch neuralgischen Psychose auf epileptischer oder hysterischer Grundlage an der Hand der in der Literatur

niedergelegten Beobachtungen näherzutreten, stösst man auf nicht geringe Schwierigkeiten. Die grosse Mehrzahl der bezüglichen Fälle ist ungenau beobachtet oder lückenhaft mitgetheilt, so z. B. der interessante Fall von Oppenheim (Archiv f. Psychiatrie XVI, p. 744), den ich eher als einen Fall von hysterischer als von epileptischer transitorischer Psychose in Anspruch nehmen möchte.

Die meisten älteren Beobachtungen sind klinisch ätiologisch nicht ganz zuverlässig.

Einen bemerkenswerthen Beitrag zu dem Gebiet der traumatischen psychischen Epilepsie hat J. von Wagner geliefert („über Trauma, Epilepsie und Geistesstörung", Jahrbücher f. Psychiatrie, VIII, 1, 2).

Unter Anführung von Cassuistik und Mittheilung eigener prägnanter Beobachtungen von nach Kopfverletzung aufgetretener psychischer (Reflex-) Epilepsie (op. cit. p. 84, 88, 94) betont Wagner die Thatsache der Seltenheit der traumatischen Reflexepilepsie überhaupt und schliesst daraus, dass besondere Bedingungen zu ihrer Entwicklung vorhanden sein müssen.

Als solche findet er: besondere hereditäre oder sonstwie entstandene Veranlagung, die mit dem Trauma verbunden gewesene Hirnerschütterung, das Zustandekommen des Trauma in jugendlichem Alter, Trauma am Kopf (andere Körperstellen jedoch nicht absolut ausgeschlossen), mit Läsion von sensiblen Trigeminusbahnen, Bildung von drückenden oder sonstwie reizenden Narben daselbst.

Besonders interessant ist des Autors Nachweis, dass die „psychische" Epilepsie 3 mal häufiger bei traumatischer als bei nicht traumatischer Ursache dieser Neurose vorkommt, wie sich aus dem vom preussischen Kriegsministerium herausgegebenen Werk über die Erkrankungen des Nervensystems beim deutschen Heere im Krieg gegen Frankreich ergebe. J. von Wagner knüpft daran mit Recht die Forderung, dass in jedem Falle von recidivirender transitorischer Geistesstörung vom Gepräge der sogenannten Epilepsie eine sorgsame Untersuchung des Körpers auf Residuen von Trauma (Narben) stattfinden möge.

Eine solche Narbe kann freilich nur dann als Ursache des Leidens angesehen werden, wenn sie sich als der Ausgangspunkt einer Aura von Anfällen beobachten lässt. Bemerkenswerth ist, wie schon von Wagner hervorgehoben, die grosse Seltenheit von klassischen Insulten der Neurose bei solcher Reflexepilepsie, an deren Stelle aber nicht selten Erscheinungen von petit mal beobachtet werden. Die psychischen Anfälle sind hier fast ausnahmslos Dämmer- oder Traumzustände.

Werthvolle, zugleich forensisch gut beobachtete Fälle von traumatischer psychischer Epilepsie hat Ziehl in Friedreichs Blättern für gericht-

Medicin mitgetheilt, 1882, 5, 1883, 2 (Schussverletzung des Arms bei Sedan), 1885, 1 (Verbrechen des Mordes und Raubes. Vor 4 Jahren Stichverletzung in die linke Brustseite. Reflexpsychose von epilept. Charakter. — Stuporöse und Dämmerzustände). Auch von mir veröffentlichte Fälle (Psychopathia sexualis, 9. Aufl., Beob. 148 und Jahrbücher f. Psychiatrie, XIV, 3, verdienen Beachtung.

Beobachtung 7. Psychische Reflexepilepsie.

S., 42 Jahre, Advocatenschreiber, verheirathet, stammt von einem Vater, der sehr jähzornig war; eine Schwester starb im Kindesalter an Convulsionen, ein Bruder ist imbecill. Patient hatte als Kind an Scarlatina, als Schulknabe bis zur Pubertät an Anfällen von Somnambulismus, von da ab an alle paar Wochen wiederkehrenden Anfällen heftiger, im Stirntheil lokalisirter Cephalaea gelitten. Diese von bis 24 stündiger Dauer und meist so heftig, dass er ganz deprimirt und lebensüberdrüssig war. Er litt daran nur zur Winterszeit.

Patient diente 12 Jahre beim Militär, fühlte sich bis auf seine Kopfwehanfälle gesund.

1868 in Verona, ohne Cephalaea, transitorischen Irreseinszustand von 14 stündiger Dauer mit Amnesie.

Es wurde ihm erzählt, dass er Nachts von der Schlafstelle aufgesprungen und in den Hof gerannt sei, wo er den ganzen folgenden Tag verstört beim Brunnen gestanden habe.

Patient wurde später Conducteur einer Bahn. 1870 fiel ihm beim Abladen eines Fasses dasselbe auf den Kopf. Er stürzte bewusstlos um, hatte eine Rissquetschwunde längs der rechten Coronarnaht bis zum Tuber frontale. Seither fühlte sich Patient nicht mehr so gesund und leistungsfähig. Er war empfindlich gegen Sonnenhitze und Alcohol geworden, merkte Gedächtnissabnahme, besonders für Namen und Nummern, fühlte sich von relativer geistiger Anstrengung leicht verwirrt, empfand spontan, besonders aber bei Witterungswechsel, Genuss selbst geringer Mengen geistiger Getränke, Schmerz in der Narbe der Kopfwunde und hatte bei heftigeren Exacerbationen desselben öfter eigenthümliche, wohl als petit mal zu deutende Anfälle von momentanem Bewusstseinsverlust, aus denen er mit Starre der Augen, Unfähigkeit zu fixiren und leicht verwirrt sich wieder fand. Er musste dann den Kopf tüchtig schütteln, um wieder ganz zu sich zu kommen. Patient hatte die letzten Jahre ein dürftiges Auskommen als Schreiber bei einem Advocaten gefunden. Da dieser fand, dass S., obwohl ein williger, fleissiger Mensch, vergesslich war, sich im Dienst oft überhastete, ganz sonderbar ängstlich und stier momentan dreinschaute, kündigte er ihm am 13. November 1877 den Dienst. S. erschrak heftig, da er seine miss-

liche finanzielle Lage und seiner Frau Kränklichkeit bedachte. Er bat um 15 fl. Vorschuss, ging mit diesem Geld in den Telegraphenkurs, fühlte heftigen Schmerz an der Stelle der Narbe und zunehmende Benommenheit. Er weiss nur noch, wie im Traum, dass er dort Alles verwundert anschaute, ohne Grund bald wieder fortging, einen Dienstmann mit 3 fl. zu seiner Frau schickte, auf dem Heimweg ein Glas Bier trank. Seine Verwirrtheit nahm immer zu. Auf der Strasse sah er Alles im Nebel, fand nicht nach Hause. Von nun an Amnesie für Alles, was sich ereignete, bis er sich staunend am 17. früh im Spital wiederfand.

Am 14. Nachmittags wurde er betroffen, als er dämmerhaft und verwirrt in den Strassen von Graz herumschlich, an den Mauern horchend. Er murmelte fortwährend „6% und 5½% Interessen, Sparkasse, Alle einklagen“, dabei lauschend und gestikulirend. Bei der Aufnahme auf der Klinik am 15. noch grosse Bewusstseinsstörung. Patient wiederholt auf alle Fragen stereotyp die obigen abgerissenen Worte. Er wird nach einigen Stunden etwas besinnlicher, giebt richtig seine Personalien an, klagt heftigen Kopfschmerz. Er glaubt sich zu Hause, ruft nach der Frau, dem Caffee, kommt immer wieder auf „Sparkasse, 6%“ etc. zurück. Patient fieberlos, verworrene Miene. Schädel normal, im Verlauf der Coronarnaht rechts lineare, im unteren Theil aber wulstige und sehr schmerzhafte Narbe. Pupillen mittelweit, träge reagirend. Guter Schlaf. Am 16. Abends weitere Klärung. Patient merkt, dass er nicht zu Hause, vermag sich aber noch nicht zu orientiren. Am 17. früh, nach gut durchschlafener Nacht, ist Patient lucid. Er bricht in Thränen aus über sein Unglück, dass seine Frau krank zu Hause liege. Patient bietet keine psychischen Störungen in der Folge mehr. Die Narbe ist nicht mehr spontan und auf Druck nur wenig mehr schmerzhaft. S. verlässt nach wenigen Tagen die Klinik, befindet sich unter Brombehandlung in der Folge so wohl, dass er die ihm angerathene Excision der Narbe nicht für nöthig hält.

III.

UEBER HEMICRANIE UND DEREN BEZIEHUNGEN ZUR EPILEPSIE UND HYSTERIE.



Jeder erfahrene Praktiker weiss, dass die so häufige und gefürchtete Migräne überaus verschiedene klinische Bilder darbietet. Es liegt nahe, anzunehmen, dass diese Verschiedenheit des Erscheinungsbilds in differenter Aetiologie der Fälle begründet sei.

Vielleicht wird die nichts weniger als in glänzendem Ruf stehende Therapie dieser Krankheit erfolgreicher, wenn man ihre verschiedene ätiologische Begründung versteht.

Lange kannte man nur die Migräne als constitutionelle, wohl fast ausschliesslich erblich degenerative Neurose, die gleich anderweitigen, dergestalt bedingten Nerven- und auch psychischen Krankheiten mit Vorliebe in biologischen Lebensphasen zum Ausbruch gelangt und zuerst in Liveing 1873, neuerlich in Möbius ihre ausgezeichneten Monographen fand.

Die Symptome dieser Migräneform sind, nach kürzeren oder längeren Prodromi allgemeinen Unwohlseins, halbseitiger Kopfschmerz von besonderer Intensität, optische und acustische Hyperästhesie, Uebelkeit bis zu Erbrechen, Anorexie, Lösung des Anfalls meist mit Schlaf. Im Anfall Gesichtsblässe, selten Gesichtsröthe.

Als seltenere und wohl als Complicationen zu deutende Erscheinungen des Anfalls sind initiales flüchtiges Trübsehen und Flimmern (Uebergangsfälle zur Hemicrania ophthalmica), olfactorische Hyperästhesie, Ohrensausen, vasospastische Erscheinungen an den Extremitäten (eiskalte Hände und Füsse) zu erwähnen. An die Erkenntniss dieser klassischen Migräneform reihte sich die der Hemicrania ophthalmica (Galezowski 1878, Féré und Andere), d. h. das integrirende Mitgehen und Dominiren von Augensymptomen (Scotoma scintillans) im Bild des hemicranischen Anfalls.

Diese Varietät ist häufig diejenige, in welcher sich die hereditär-constitutionelle Form abspielt. Sie kann gleich von Anfang an als solche einsetzen oder das Migränescotom entwickelt sich erst im Verlauf des Leidens.

Unter allen Umständen ist diese Form der Migräne die schwerere.

So begreift es sich auch, dass hier häufig complicirende Hirnstörungen eintreten, die dem Bild der einfachen Migräne sonst fremd sind.

Als solche sind halbseitige Parästhesien, motorische und amnestische Aphasie, vorübergehende Hemiparesen, Reizerscheinungen in der Gehörs- und Geschmackssphäre, Erscheinungen von Agraphie, Alexie, Worttaubheit, Seelenblindheit (Beebe) zu verzeichnen.

Ein weiterer Fortschritt in der klinischen Erkenntniss war die Erfahrung, dass die Migräne auch eine symptomatische Bedeutung haben könne. So lernte man sie als eine erworbene, oft erst in späterem Lebensalter entstandene Krankheit kennen auf Grund von Dispositionen und Veränderungen, die Lues cerebri, Tumor cerebri (Lebert, Wernicke), der Paralyseprocess (Sander, Mendel, Parinaud, Blocq, Charcot) und Tabes (Oppenheim, Charcot, Roulist) im Gehirn vermitteln.

Damit erscheint die tardive Migräne in verdächtigem ominösem Licht, aber es darf nicht übersehen werden, dass, in allerdings seltenen Fällen, die hereditär constitutionelle Migräne auch erst in späteren Lebensjahren, eventuell im Klimacterium sich entwickeln kann.

Absolut sichere Unterscheidungsmerkmale giebt es hier vorläufig nicht, ausser etwa hereditäre Belastung und eventuelle familiäre Erscheinung der Migräne.

Zugegeben muss werden, dass die symptomatische Migräne auf organischem Boden in der übergrossen Mehrzahl der Fälle als ophthalmische sich klinisch darbietet und zwar als solche von vornherein, nicht wie in manchen Fällen von gutartiger Provenienz und Bedeutung, sich erst allmälig mit ophthalmischen Symptomen vervollständigend. Ganz besonders ominös scheint mir nach meiner Erfahrung das Miteintreten von Hemiparästhesie (sensibl. Jackson) in das Symptomenbild der tardiven Hemicrania ophthalmica. Ich habe hier nie das baldige Auftreten von Paralysis progressiva oder von organischer Heerderkrankung (besonders Encephalomalacia) vermisst.

Aber auch simple Migräne, ohne alles derartige Beiwerk, kann diese ominöse Bedeutung haben, wie ich u. A. bei einem 16 Jahre alten, mit hereditärer Lues behafteten, ohne alle migränöse Familiendisposition dastehenden, an progressiver Paralyse erkrankten Mädchen beobachtete. Demnach wäre in diagnostischer Hinsicht auf das Fehlen jeglicher familiärer Disposition zur Migräne das Hauptgewicht zu legen.

Angesichts der Thatsache einer möglichen symptomatischen Bedeutung der Hemicranie drängt sich die Frage auf, ob die Anfälle dieser Krankheit nicht auch in einer Beziehung zu gewissen Neurosen (Epilepsie, Hysterie) stehen können.

Was diese Frage gegenüber der Epilepsie anbetrifft, so haben schon Déjerine 1886 (l'hérédité dans les maladies du Système nerveux) und Féré 1890 (les épilepsies) auf das überaus häufige Vorkommen von Epi-

lepsie und Hemicranie in der Ascendenz und Blutsverwandtschaft hingewiesen. Parry, Liveing, Gowers und Andere halten beide Neurosen für verwandt und glauben, dass sie in einander übergehen könnten. Möbius weist darauf hin, dass beide überaus oft vererbt und zwar gleichförmig vererbt vorkommen, beide meist in der Kindheit beginnen, in Anfällen mit Tendenz zu Periodicität sich entäussern, vielfach dieselben Gelegenheitsursachen haben, dass beide Vorläufer, Aura, Polymorphismus, Unvollständigkeit der Anfälle, sogar Status aufweisen, in einander übergehen, bezw. einander substituiren können.

Bei beiden müsse eine dauernde „Veränderung" im Gehirn zu Grunde liegen.

Féré ging noch einen Schritt weiter, insofern er Epilepsie und Migräne, speciell die ophthalmische, für einander gleichwerthig hielt, somit für Manifestationen einer gemeinsamen Gehirnveränderung.

Féré (Revue de méd. 1881 und „Die Epilepsie", deutsch von Ebers 1896) erklärt die Augenmigräne ohne Weiteres für eine „partielle sensorielle Epilepsie". Diese könne sich aus simpler Migräne herausbilden, bestehe aber meist von Anfang an als solche. Diese sensorielle Epilepsie könne sich jahrelang auf die Augensymptome (Flimmerscotom oder Hemianopsie oder beide zusammen) beschränken. Die Symptome der Augenmigräne könnten auch dissociirt sein, insofern auf eine transitorische Amblyopie oder auf Flimmerscotom erst nach einigen Tagen die ergänzende Migräne mit Erbrechen folge. Zur vollständigen oder incompleten Augenmigräne könnten auch Aphasie, Paraesthesie einer Seite, Hemiplegie hinzutreten. Es könne aber auch geschehen, dass diese Erscheinungen begleitet von der Hemikranie bei demselben Individuum anfallsweise auftreten. Ebenso häufige Begleiterinnen der Augenmigräne seien die Epilepsie und namentlich die partielle Form derselben.

Die von Féré u. A. beigebrachten Fälle von mit Migräne zusammenhängender, bezw. aus solcher hervorgegangener Epilepsie, betreffen fast ausschliesslich Fälle von ophthalmischer Hemicranie.

Auch Gowers machte aufmerksam, dass fast in allen seinen 12 Fällen von Umwandlung der Migräne in Epilepsie die erstere mit sensorieller Aura verbunden gewesen war.

Auch in meiner Erfahrung kenne ich keinen einzigen Fall, wo eine simple Migräne in klinische Beziehungen zur Epilepsie getreten wäre und muss somit das Zusammenvorkommen einfacher Migräne und Epilepsie bei demselben Individuum für einfache Coincidenz resp. Complication halten, leicht erklärbar aus der grossen Häufigkeit beider Neurosen an und für sich und namentlich auf erblich belasteter Grundlage. Die folgende Beobachtung, aus zahlreichen analogen ausgewählt, ist ein Beleg für diese Annahme.

Beobachtung 1.

K., 19 Jahre, Arbeiter, aus belasteter, aber nicht epileptischer, auch nicht mit Migräne behafteter Familie, etwas imbecill, leidet seit dem

13. Jahr an häufig wiederkehrender klassischer Epilepsie, der keine Aura vorhergeht. Er ist sehr reizbar seit seiner Krampfkrankheit, wollte sich tödten wegen Versagung eines geringfügigen Wunsches. Deshalb Aufnahme auf der Klinik. Dort wurde erhoben, dass er seit dem 12. Jahr an meist linksseitiger heftiger, in Pausen von mehreren Wochen wiederkehrender Hemicranie leidet. Nie bestanden bei Anfällen dieser Augensymptome.

Die These Férés von der epileptischen Bedeutung der (ophthalmischen) Migräne bedarf nach meiner Erfahrung einer Einschränkung und zugleich einer Erweiterung. In fast allen Fällen, wo in meinem Beobachtungskreise klinische Beziehungen zwischen Migräne und Epilepsie nicht abzuweisen waren, handelte es sich zwar um Augenmigräne, aber ich habe andererseits eine grössere Zahl von Fällen verzeichnet und durch eine Reihe von Jahren hindurch verfolgt, in welchen ausschliesslich Migräne ophthalmique bestand, gleichwohl aber keine epileptische Grundlage oder auch nur epileptoide Symptome zu constatiren waren.

Féré's Ansicht könnte nur zu Recht bestehen, wenn die Augensymptome innerhalb des Bildes der Migräne als etwas dieser an und für sich nicht zukommendes, wohl aber der Epilepsie zuzuschreibendes, also als ein Stück Epilepsie innerhalb der Migräne, die dadurch zu einer epileptischen Migräne würde, nachgewiesen werden könnten. Dazu reichen aber die bisherigen Erfahrungen nicht aus, und muss es offene Frage bleiben, ob die Augenmigräne in allen Fällen klinische Beziehungen zur Epilepsie hat. Die klinisch prognostische Wichtigkeit der Lösung dieser Frage liegt auf der Hand.

Dass die Augenmigräne aber jene klinischen Beziehungen haben kann, dürfte aus den folgenden Beobachtungen klar hervorgehen. Die Féré'sche These bedarf andererseits einer Erweiterung, insofern die gleiche Bedeutung, wie die Augensymptome innerhalb der Migräne, solche von sensiblem Jacksonanfall haben mögen.

Bei dieser seltenen Combination der Migräne erscheint die Berechtigung der Zuweisung der sensiblen Jacksonerscheinungen zur Epilepsie noch grösser, als bei den Augensymptomen.

Eine Vorfrage entsteht freilich hier, nämlich die, ob man die Erscheinungen eines sensiblen Jacksonanfalls denen eines motorischen gleichwerthig auffassen darf.

Erfahrungen, die ich an durch organische Erkrankung bedingtem motorischem Jackson, an solchen durch Hysterie vermittelten Anfällen, sowie bei Paralytikern machen konnte, wo sensible Anfälle den motorischen als aequivalente sich beobachten liessen, berechtigen mich zu dieser Annahme.

Pitres (Revue de méd. 1888, VIII) brachte den Beweis, dass nicht bloss sensible, sondern sogar psychische Insulte den motorischen Jacksonanfall substituiren können.

Oppenheim (Handb. d. N.-Krankheiten, p. 437), erklärt, dass die partielle (Jackson'sche) Epilepsie sich auch auf sensorischem Gebiet abspielen könne, indem Paraesthesien den Krampfanfall einleiten, die Zuckungen begleiten oder, „indem die Paraesthesien das einzige Symptom des Reizzustands sind, also gewissermaassen ein Aequivalent des Anfalls bilden".

Von nicht geringem Interesse ist es auch, dass in der ungeheueren Mehrzahl der Fälle von symptomatischer Migräne (Tabes, progressive Paralyse u. s. w.), die Migräneform die ophthalmische oder die mit sensiblem Jackson einhergehende ist, sodass man versucht wäre, die symptomatische Migräne ausschliesslich in diesen beiden Formen anzuerkennen. Dieser Standpunkt verdient jedenfalls vorläufig in der Untersuchung der klinischen Beziehungen der Migräne zur Epilepsie festgehalten zu werden.

Versucht man auf solcher Grundlage der Frage näher zu treten, so bieten sich zunächst Fälle dar, in welchen ein und dasselbe Individuum innerhalb desselben Anfallsganzen einen epileptischen und einen hemicranischen Insult erfährt, als deren gemeinsame Aura Flimmerscotom erscheint. Dieses kann überdies, insofern es in rother Farbe sich darstellt, eine direkt auf Epilepsie hinweisende Bedeutung gewinnen. Während die Migräne immer dieselbe bleibt, kann die epileptische complementäre Seite des Gesammtanfalls verschieden sein.

In den folgenden 9 Fällen handelt es sich 3 mal um klassische epileptische Anfälle (Beobachtung 2, 3, 4) 6 mal um sensiblen Jackson (Beobachtungen 5—10). Einmal leitet dieser den Gesammtanfall ein (10), so dass es in diesem einzigen Fall, wo keine visuelle Aura bezw. Flimmerscotom besteht, den Anschein hat, als könne die Paraesthesie (sensible Aura) die Stellvertreterin des Flimmerscotoms einer Migräne darstellen.

In einem dieser Fälle (7) reiht sich an den sensiblen Jacksonanfall jeweils ein Zustand von (postepileptischer) Verwirrtheit, jedenfalls eine bemerkenswerthe Thatsache zur Stütze der oben verfochtenen These von der Bedeutung sensibler Jacksonanfälle als möglicher Aequivalente motorischer, überhaupt epileptischer Anfälle.

Von nicht geringer Bedeutung ist die Thatsache, dass die irgendwie gearteten epileptischen Anfälle nur in der Zeit und im Rahmen von hemicranischen Insulten in der folgenden Casuistik sich vorfinden, nie als freistehende und von der hemicranischen Neurose losgelöste.

Hier wird der klinische Zusammenhang unabweisbar und die obige Vermuthung, dass epileptische und hemicranische Veränderung oder

Disposition im Gehirn in sehr nahen Beziehungen zu einander stehen, fast zur Gewissheit.

Die Beobachtungen, welche zu vorstehenden Schlüssen berechtigen, sind die folgenden.

Es ist selbstverständlich, dass in allen die genaueste Beobachtung und Untersuchung, auch mittelst Augenspiegels, keine Heerdsymptome, überhaupt keine Zeichen irgend eines organischen Hirnleidens aufwies, sodass der Einwand eines organischen symptomatischen Bedingtseins epileptischer und hemicranischer Symptome hinfällig würde.

Beobachtung 2.

Frau W., 43 Jahre, von sehr nervöser Mutter, selbst neuropathisch, hat seit der Pubertät an gewöhnlicher Hemicranie gelitten. Seit etwa einem Jahre Klimacterium. Seit 4 Monaten ist die Migräne sehr heftig geworden und hat sich mit Flimmerscotom vergesellschaftet. Seither auf der Höhe des Anfalls klassische epileptische Insulte.

Beobachtung 3.

Herr R., 34 Jahre, aus angeblich ganz gesunder Familie, frei von Lues, potus nimius, Trauma capitis, leidet seit seinem 20. Jahre an Migraine ophthalmique. Wenn der Anfall besonders heftig ist, bekommt er auf der Höhe desselben einen epileptischen Insult (Bewusstlosigkeit, allgemeiner tonisch-clonischer Krampf, Zungenbiss). Solche Anfälle treten etwa 1 mal jährlich auf und hinterlassen jeweils bis zu 24 Stunden anhaltende Mattigkeit und geistige Unfähigkeit.

Beobachtung 4.

Fräulein K., 18 Jahre, hat eine Mutter und Schwester, die an Hemicrania simplex leiden.

Patientin hatte mit 5 Jahren Convulsionen, seit der Kindheit fast continuirliche Cephalaea, war eine unbegabte, geistig beschränkte Schülerin und bekam mit 13 Jahren Anfälle von jeweils r. Hemicranie (Kopfweh, Erbrechen), die mit schwarzem, den grössten Theil des ganzen Gesichtsfelds ausfüllenden Scotom sich einleitete. Nach wenigen Monaten stellten sich auf der Höhe solcher Hemicranieanfälle genuine epileptische Anfälle ein (Bewusstlosigkeit, Suggillationen, Zungenbisse u. s. w.), die mindestens alle paar Wochen wiederkehrten, nie aber als freistehende, d. h. von der Migräne losgelöste Paroxysmen erschienen.

Dazwischen, und ziemlich häufig lief der Complex ophthalmischer Migränesymptome ab, ohne sich mit epileptischen Erscheinungen zu combiniren.

Mit 15 Jahren wurde Patientin menstruirt. Die Pubertät hatte keinen Einfluss auf die beiden Neurosen. Dagegen zeigten sich von nun an hysterische Phänomene (globus, concentr. Einengung des Gesichtsfelds, beiderseitige Ovarie u. s. w.).

Mit 17 Jahren war Patientin oft Zeugin epileptischer Insulte eines Knaben. Sie wurde davon sehr emotionirt und begann mit 17¾ Jahren Jacksonepilepsie in der rechten Oberextremität zu bieten, die ohne alle Beziehungen zu Hemicranie, ohne Trübung des Bewusstseins, bei nicht starren Pupillen, 1—5 mal täglich in Anfällen bis zu mehreren Minuten sich zeigte und sich als eine schlechte hysterische Imitation von wirklichen Jacksonanfällen, die Patientin bei jenem Knaben gesehen hatte, auswies. Unter Brombehandlung schwanden die Anfälle von Epilepsie und ophthalmischer Migräne, während die hysterische Imitation davon unbeeinflusst blieb.

Beobachtung 5.

Fräulein S., 17 Jahre, stammt von sehr nervöser, mit Hemicranie behafteter Mutter. Sie wurde mit 12 Jahren menstruirt, ist seither constitutionell neurasthenisch und von fast permanentem Kopfdruck geplagt.

Mit 15 Jahren entwickelte sich gewöhnliche Migräne. Viermal in den letzten 2 Jahren wurde diese von Hemianopsie und Flimmerscotom eingeleitet. Jeweils in diesen Anfällen, die von den gewöhnlichen menstrualen auch dadurch sich unterschieden, dass sie nicht menstrual auftraten, kam es zu mindestens eine Stunde dauerndem sensiblen Jacksonanfall in rechter Gesichtshälfte, Zunge und Hand.

Beobachtung 6.

S., Techniker, 38 Jahre, angeblich unbelastet, hat seit der Kindheit ophthalmische Migräne. Die Anfälle kommen etwa 16—30 mal im Jahr, in den letzten Jahren gehäuft. Der Anfall beginnt mit einem dunklen Fleck im Sehfeld des Auges, auf dessen Seite der Kopfschmerz sich später einstellt. An der Peripherie dieses Scotoms finden sich Lichtbüschel.

Das Migränescotom dauert etwa eine halbe Stunde bis zum Eintritt des Schmerzes. Zuweilen bessert das ophthalmische Symptom sich zu einem weissen flimmernden C oder Z, das bald auf dem einen, bald dem anderen Auge erscheint, „als gewellter, licht flimmernder Buchstabe, der schräg durch das Sehfeld zieht.“ Dieser Buchstabe entwickelt sich aus einem weissen Fleck.

Auf der Höhe des dann folgenden Schmerzensstadiums hat Patient eingenommenen Kopf, erschwertes Denken, Gefühl peinlicher Verwirrung und eine „grauenvolle“ Empfindung, d. h. er fühlt auf der dem Kopfschmerz gleichnamigen Seite Vertaubung in Gesicht, Zunge, Oberextremität, vermag nicht zu sprechen und hat das Bewusstsein, gelähmt zu sein (sensibler Jackson).

Beobachtung 7.

Fräulein V., 18 Jahre, mit 15 Jahren menstruirt, angeblich unbelastet, leidet seit der Pubertät an ophthalmischer Migräne, die Anfangs

nur 1½, neuerlich bis zu 4 Stunden dauerte. Auf der Höhe des Migräneanfalls, etwa ½ Stunde nach Auftreten des Flimmerscotoms, setzt sensibler Jackson ein (Gesicht, Zunge, Oberextremität), und zwar auf der dem Schmerz gleichnamigen Seite. Einen Tag lang nach dem Anfall klagt Patientin Schwindel, ist vergesslich, zerstreut, verwirrt, verloren, lässt mit der betreffenden parästhetisch gewesenen Extremität Alles fallen, hantirt damit ganz ungeschickt. Patientin hat nur summarische Erinnerung für dieses postmigränöse (postepileptische?) Stadium.

Intervallär ist sie ganz wohl. Epileptische Antecedentien fehlen.

Beobachtung 8.

Fräulein Z., 19 Jahre, von migränöser Mutter, Vater jähzornig, mehrere Geschwister an Convulsionen gestorben.

Menses mit 14 Jahren. Mit 18 Jahren Commotio cerebri. 3 Monate später beginnt Hemicranie. Anfälle etwa alle 8 Tage.

Beginn mit Flimmerscotom vor beiden Augen. Dasselbe schwindet nach etwa 20 Minuten. Nun Gefühl von Todtsein in der rechten O.E., von den Fingern nach aufwärts sich erstreckend. Nach etwa 10 Minuten vermindert sich die Paraesthesie der rechten O.E., schreitet aber nun auf Unterlippe, Zunge fort, sodass Patientin am Sprechen gehindert ist. Nun erst Kopfschmerzen, die auf der ganzen linken Kopfhälfte localisirt werden. Uebelkeit begleitet den ganzen Anfall. Selten Erbrechen.

Beobachtung 9.

H. M., Kleidermacherin, stammt von nervösem, jähzornigem Vater, der viel an „Kopfschmerzen" leidet. Ihre Schwester bietet die gleichen Anomalien.

Patientin ist nervös, aufgeregten Temperaments von Kindesbeinen auf, wurde ohne besondere Beschwerden mit 15 Jahren menstruirt.

Seit dem 9. Jahr leidet Patientin an Kopfschmerzen, die bis 2mal wöchentlich auftreten, aus dem Schlaf heraus entstehen, den Tag über andauern, auf der linken Schläfe beginnen, sich bei besonders schwerem Anfall über die Stirn nach rechts verbreiten, mit Gähnen und Anorexie einhergehen. In den ersten Jahren waren sie mit Brechreiz und Erbrechen verbunden.

Um die gleiche Lebenszeit traten Anfälle von sensiblem Jackson mit Flimmerscotom, Acusmen und aphasischen Erscheinungen auf, die regelmässig in einen Anfall gewöhnlicher Migräne übergehen.

Diese zweite Categorie von Anfällen stellt sich in Intervallen von 3 Wochen bis zu Monaten ein, ohne Anlass, plötzlich, jeweils in den Morgenstunden. Der Anfall spielt sich auf der rechten Körperhälfte ab und dauert bis zum Uebergang in den gewöhnlichen linksseitigen Migräneanfall ¼—½ Stunde. Ohne alle Vorboten fühlt Patientin ein „Stechen wie mit Nadeln" auf der rechten Zungenhälfte; nach 1—2 Minuten

erstreckt sich dieses „Stechen“ auch auf das Zahnfleisch und die Wangenschleimhaut der rechten Mundhälfte. Dann kommt ein Gefühl von Vertaubung und Schwellung auf der rechten Hälfte beider Lippen. Nach einigen Minuten werden gleichzeitig ergriffen Auge, Ohr und Hand der rechten Seite. Die rechte Gesichtshälfte erscheint von schimmernden Streifen durchzogen auf dunklem Grund. Patientin sieht dabei nicht auf der rechten Gesichtshälfte, ausser sie dreht den Kopf nach dieser Seite. Während das Flimmerscotom schwindet, entsteht Sausen im Kopf, Klingen im rechten Ohr. Patientin hört ihre eigene Stimme nicht; die der anderen Leute kommt ihr ganz entfernt vor, das Ohr ist ihr wie verlegt. Nun kommt ein Gefühl von Steifigkeit und Ameisenlaufen in der rechten OE., das im Daumen beginnt, nach der Reihe die übrigen Finger ergreift und von den Fingerspitzen bis zum Ellbogen- eventuell bis zum Schultergelenk aufsteigt.

Während dieser Zeit muss Patientin langsam sprechen und sich dabei sehr zusammennehmen, weil sie sonst Worte oder wenigstens Anfangsbuchstaben verwechselt, z. B. statt „nützt“ „tützt“ sagt. Wiederholt geschah es ihr, dass sie den Namen für ganz gewöhnliche Gebrauchsgegenstände Anfangs gar nicht aussprechen konnte und endlich in falscher Wortstellung, z. B. „Messerfeder“ statt „Federmesser“ herausbrachte, was ihr ausserhalb des Anfalls nie passirte. Sie war sich dabei ihrer Aphasie und der Unrichtigkeit ihres Sprechens in peinlicher Weise bewusst.

Das Bewusstsein in solchem Anfall ist ein ganz ungetrübtes, die Stimmung eine traurige, weinerliche. Die Gesichtsfarbe zeigt keine Veränderung.

Patientin von guter Intelligenz, etwas anämisch, bietet keine Zeichen einer Störung im Nervensystem, ausser sehr lebhaften tiefen Reflexen und starker Druckempfindlichkeit in der Gegend des linken Ovariums. Augenhintergrund normal. An beiden Trommelfellen Residuen wiederholter Mittelohrerkrankung.

Beobachtung 10.

Am 29. September 1896 hat der 23 Jahre alte L., verheirathet, Buchhalter, auf der Strasse einen Sicherheitswachmann um Schutz vor 2 vermeintlich ihn verfolgenden Männern, erschien geistig gestört und wurde auf die psychiatrische Klinik (Wien) überstellt.

Patient kommt verstört, weinerlich, verwirrt, schreckhaft die Umgebung appercipirend zur Aufnahme, wird bald ruhig, schläft ein und erwacht nach einigen Stunden lucid. Er erinnert sich nur daran, dass er um 7 Uhr früh von Hause fort ins Bureau gegangen sei, wo er aber nicht erschienen ist; für alles Folgende bis zum Zusichkommen auf der Klinik bietet Patient absolute und lacunäre Amnesie. Er stammt von einem

sehr nervösen erregbaren Vater, dessen Schwester an Epilepsie gelitten haben soll. Patient hat während der 1. Dentitionsperiode an Convulsionen gelitten, desgleichen während eines Typhus als Knabe. Er war von Kindheit auf nervös, sehr reizbar.

Vor 5 Jahren, im Theater, wahrscheinlich nach Alcoholexcess 1. epileptischer Insult, dem eine ganze Serie durch 3 Tage gefolgt sein soll. Im Juni 1896, neuerliche Serie nach Uebergenuss von Alcohol. Seither öftere vereinzelte Anfälle Abends.

Seit 5 Jahren hat Patient überdies etwa 2—3 Wochen einen Anfall von petit mal.

Seit einigen Jahren leidet Patient auch an hemicranischen Insulten, die besonders leicht durch Emotion hervorgerufen werden, auf Einnehmen von Antipyrin rasch und mit Schlaf schwinden. Der Anfall beginnt mit Blasswerden im Gesicht, Paraesthesie (Gefühl von Eingeschlafensein) in linker Hand, die einige Minuten dauert.

Dann kommt Schmerz in der rechten Schläfe, der sich nach der linken Schläfe und linken Orbita zieht und dort fixirt bleibt. Dabei wird die linke Lidspalte enger, Patient optisch und acustisch hyperaesthetisch. Zu Flimmerscotom und Erbrechen kommt es nicht. Unter fortdauernder Parästhesie in der linken Hand tritt lallende Sprache ein. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.

Intervallär fühlt sich Patient ganz wohl und berufsfähig. Hirn- und Gesichtsschädel leicht asymetrisch. Keine Zeichen einer Herderkrankung. Bei Augenspiegelung negativer Befund.

In einer folgenden Serie von Fällen sind hemicranische und epileptische Erscheinungen dissociirt, zeitlich von einander getrennt, aber klinisch verbunden durch gemeinsame Augensymptome, die, je nachdem, sich als die visuelle Aura eines epileptischen Insults oder als Migränescotom ansprechen lassen.

Es kann hier bei der Aura bleiben (abortiver Anfall) oder die „Aura“ führt zum epileptischen oder zum Migräneanfall über. Die isolirte Migräne mit Scotom (visuelle Aura) erscheint dann deutbar als Aequivalent eines epileptischen Anfalles. Andererseits kann Epilepsie, die mit visueller Aura einhergeht (11) und postepileptisch Erbrechen und halbseitiges Kopfweh aufweist (15), als Aequivalent einer Migräne angesehen werden.

Auch die folgenden 6 Beobachtungen bieten bei invariablen Migräneerscheinungen Polymorphismus der epileptischen Phänomene. So erscheint im Fall 15 statt motorischer Symptome jeweils Verwirrtheit.

Besonders interessant ist in dieser Hinsicht Fall 16, in welchem ursprünglich nur Flimmerscotom erscheint, dann epileptische Insulte von solchem eingeleitet. Nach temporärer Verdrängung der Epilepsie

durch Anfälle von Flimmerscotom mit Migräne, erscheint neuerlich wieder Epilepsie, aber in Gestalt von durch Flimmerscotom eingeleiteten psychischen Aequivalent.

Auch diese zeitweise Verdrängung von Symptomencomplexen durch andere ist ein häufiges Vorkommen bei Epilepsie.

In interessanter Weise zeigt sich dies in Beobachtung 11, 12 gegenüber der Hemicranie.

Beobachtung 11.

G., 17 Jahre, Lehrling, aus erblich angeblich unbelasteter aber tuberculöser Familie, leidet seit dem 10. Jahr an meist linksseitiger Hemicranie mit röthlichem initialem, ganz kurz dauerndem Scotom.

Mit 16 Jahren, ohne allen Anlass, setzte klassische Epilepsie ein. Es wird ihm jeweils heiss im Kopf, er sieht einen Moment das ganze Gesichtsfeld in dunkelrothem Schein und wird nun bewusstlos. Zuweilen reiht sich an das convulsive Stadium ein postepileptischer hallucinatorischer Zustand, in welchem er dann jeweils eine Markthalle in Wien sieht, die ganz gross ist, dann immer kleiner wird, bis sie nur noch wie ein Punkt erscheint. Dann sieht er 20 und mehr solcher Gebäude hintereinander, die in bedrohlicher Weise auf ihn eindringen, worüber er heftig erschrickt und sich unter dem Bett verkriecht. Das Ganze kommt ihm hinterher wie ein Traum vor. Seit dem Auftreten der Epilepsie sind die hemicranischen Anfälle viel milder und seltener geworden.

Beobachtung 12.

Frau G., 40 Jahre, hat leicht rachitisches Cranium. Die Mutter litt an Hemicrania ophthalmica. Patientin hat seit der Kindheit das gleiche Leiden. Die Migräne leitet sich mit Flimmerscotom von kurzer Dauer ein. Zuweilen bleibt es bei diesem ohne folgendes Kopfweh.

Mit 38 Jahren, nach heftigen Gemüthsbewegungen und Influenza, setzte klassische Epilepsie ein, jeweils mit visueller Aura (Sterne, Funken, Flimmern) beginnend. Seit dem Auftreten der Epilepsie sind die Migräneanfälle seltener geworden.

Beobachtung 13.

Fräulein L., 19 Jahre, trat im September 1889 in meine Behandlung.

Sie entstammt einer nervösen Familie, bot früher aber nie nervöse Symptome, hatte keine schweren Krankheiten zu bestehen, menstruirte ohne Beschwerde vom 15. Jahr ab, hatte bisher nie hysterische oder irgendwelche epileptische Symptome geboten, war bis zum 18. Jahr heiter, lebenslustig gewesen, hatte dann schwere Gemüthsbewegungen wegen Heirathsangelegenheiten gehabt, die aber ihre befriedigende Lösung fanden. Nach heftigem Affect und Erkältung durch ein Seebad während der Menses, eines Nachts im August 1888, Serie von 6 epileptischen Insulten

mit Zungenbiss. Seither nervös, reizbar, emotiv. Neue, meist gehäufte Anfälle November 1888, Januar, Mai, Juni, Juli, September 1889, jeweils mit Erbrechen endigend und meist praemenstrual. Die bisher als simple Epilepsie imponirenden Anfälle gewannen ein eigenes klinisches Relief durch folgende Angaben der Patientin. Der Beginn jener Anfälle sei die Vision einer drehenden glänzenden Scheibe von den verschiedensten Farben, ausschliesslich im Sehfeld des linken Auges. Oft geschehe es, dass die Scheibe immer kleiner werde und dann verschwinde. Dann bleibe der Anfall aus. Wenn die Scheibe aber statt kleiner immer grösser werde, so komme es, sobald sie das ganze Sehfeld erfülle, zum Anfall.

Für dessen Vorkommnisse Mangel jeglicher Erinnerung.

Der Befund eines hervorragenden Gynäkologen war ein ganz negativer. Blühendes Mädchen, keine Anämie, keine Erkrankung vegetativer Organe, absolut keine Stigmata hysteriae. Bei Druck auf das linke Foramen supraorbitale kein Schmerz, aber sofort Sehen eines goldenen Reifs, der schwindet, sobald der Druck aufhört. Patientin wird dabei ganz ängstlich, offenbar in der Befürchtung eines neuen Anfalls. Sie theilt mit, dass ähnlich die „Scheibe" sei, wenn der Anfall drohe. Sie bezeichnet den Reif als äusserlich goldig, innerlich dunkelblau.

Druck auf andere Stellen des Trigeminus, auf die Bulbi u. s. w., bringt diese Lichterscheinung nicht hervor.

Die Verordnung bestand in Natr. bromat. 3.0—4.0 pro die.

Am 18. Mai 1890 meldete Patientin dankerfüllt, dass sie seit 8 Monaten unter dieser Behandlung von allen Krankheitserscheinungen frei geblieben sei. Am 17. Mai habe sich zum ersten Mal wieder eine „Vision" eingestellt. Sie sah 3mal hinter einander vor dem linken Auge eine rothglühende Kugel, die einen Moment sich drehen wollte, dann eine schwarze Kugel, dann die gewöhnliche glänzende Scheibe. Unter Ruhe und kalten Umschlägen schwand Alles rasch, aber am 18. hatte Patientin das Gefühl grosser Schwäche, wie nach einem (epileptischen) Anfall, obwohl doch keiner aufgetreten war.

Am 19. Juni 1893 schrieb Patientin, dass sie unter Fortsetzung der Brombehandlung von Krampfanfällen frei geblieben sei, dagegen leide sie, namentlich nach angestrengter Goldstickerei (seit Winter 1890/91) noch oft an „Visionen".

Sie unterscheidet 2 Arten:

1. Funken, wie von einer Elektrisirmaschine, die sich vor dem linken Auge wie an einem Spinnwebfaden entlang spinnen und plötzlich einem Funkenregen weichen. Dann erscheint ein wolkenartiger dunkler Fleck vor beiden Augen, der allmälig violettblau wird, um-

geben von hellen glitzernden Sternen und nach etwa 3 Minuten verschwindet.

2. Die Erscheinung der glänzenden Scheibe. Ihr geht fast regelmässig bis zu 10 Minuten dauernde Hemianopsie voraus. Dann kommen 2 glitzernde Punkte, aus denen sich ein über das ganze Sehfeld reichendes, in Gold und allen Farben spielendes Flimmerscotom „wie ein Kaleidoscop" entwickelt. Nun entstehen, während die glänzende Scheibe das ganze Gesichtsfeld einnimmt, Schwindel und heftige Kopf- und Augenschmerzen, diese regelmässig auf der dem Migränescotom entgegengesetzten Seite. Diese Anfälle dauern 25 Minuten. Sie lassen sich durch Phenacetin 0,5 abkürzen, während Antipyrin gegen sie wirkungslos ist. Im December 1893 hatte ich Gelegenheit, Patientin wieder zu untersuchen. Sie war seit 4 Monaten glücklich verheirathet, frei von epileptischen Insulten unter Brom 3,0 täglich, hatte seltene und meist nur zur menstrualen Zeit einsetzende Anfälle von Hemicrania ophthalmica, bald rechts, bald links, vorwiegend aber links. Die Hemianopsie war aber jeweils bilateral. Druck auf den l. n. supraorbitalis genügte auch jetzt noch, um Lichterscheinungen zu provociren.

Beobachtung 14.

W., 18 Jahre, Schüler, stammt angeblich von ganz gesundem Vater. Die Mutter ist eine höchst nervöse Dame. Sein Bruder bekam in der Pubertät Augenmigräne. An solcher leidet auch ein Bruder des Vaters.

Patient ist ein intelligenter Junge ohne Degenerationszeichen. Er hat nie an Convulsionen gelitten. Seit dem 9. Jahr klagte Patient über ein zeitweise vor dem rechten Auge auftauchendes Flimmerscotom, das er seine „Sonne" nannte. Dasselbe entstand nach geringer körperlicher oder geistiger Anstrengung, dauerte nie länger als 6 Minuten und war gewöhnlich von rechtsseitigem intensivem Kopfschmerz gefolgt.

Patient, der eine Zeichnung seines Flimmerscotoms vorlegt, beschreibt dasselbe folgendermassen:

Es entwickelt sich, ausschliesslich vor dem rechten Auge, eine kreisrunde Scheibe, allseitig von Zacken umgeben. Diese Scheibe zeigt ein unregelmässiges oberes Feld in blauer, ein ebensolches mittleres in grüner und ein anderes grösseres in gelber Farbe. Die Zacken sind silberweiss und intensiv glänzend, gleich den Farbenfeldern der Scheibe. Die Scheibe vergrössert sich und nimmt schliesslich das ganze Sehfeld des rechten Auges ein. Episodisch kommen Momente, wo Alles verschwunden ist und er schwarz auf dem rechten Auge sieht. Das linke Auge ist unbetheiligt.

Vom 10. Jahr ab schlossen sich an besonders intensive Anfälle von Flimmerscotom genuine epileptische Anfälle. Er hat deren bis zum Tag der Consultation (19. October 1895) 6 gehabt. Seither fürchtet er

sich vor der Wiederkehr der „Sonne". Er wird dann ängstlich, aufgeregt, verstört. Wenn die „Sonne" sich immer mehr vergrössert, weiss er bestimmt, dass ein Krampfanfall eintritt. Er klagt dann, die Sonne klopfe in sein Hirn hinein und verliert rasch das Bewusstsein. Solange Patient Brom nahm (bis zu 4.2 täglich) blieben die epileptischen Insulte aus, auch die Migräneanfälle wurden seltener und beschränkten sich meist auf blosses Flimmerscotom ohne Kopfschmerz.

Patient intervallär ganz wohl. Augenspiegel ohne Befund. Ord. Natr. bromat. 3.5 mit Antipyrin 0.8 pro die.

Unter dieser Behandlung frei von epileptischen Anfällen und nur selten Migränescotom.

Beobachtung 15.

D., 26 Jahre, Arbeiterin, hat eine Mutter und Schwester, die an simpler Migräne leiden. Patientin hat seit der Pubertät, jeweils prämenstrual Hemicranieanfall. Im Beginn hat sie Flimmern, das mit dem Tanzen von Stäubchen in einem Sonnenstrahl verglichen wird. Zugleich sieht Patientin auf dem linken Auge nichts. Dieses Flimmerscotom dauert 10 Minuten. Dann reiht sich der Kopfschmerz. Seit 2 Jahren wird Patientin etwa bei jedem 2. Anfall, der dann besonders intensives Migränescotom entwickelt, gleich beim Beginn desselben verwirrt, macht ganz unarticulirte Lautbewegungen, reagirt nicht auf Anreden und Berühren, lässt fallen, was sie gerade in der Hand hat, geht bewusstlos mit offenen Augen und weiten Pupillen, herumdämmernd umher. Dieser Zustand dauert solange als das Flimmern, d. h. 10 Minuten. Sie kommt dann mit Kopfschmerz zu sich und weiss von allem während dieser Zeit mit ihr Vorgegangenen nicht das Mindeste (psych. Aequivalent eines epileptischen Anfalls). Sie ist in dieser Periode des Anfalls blass, während sie in der Zeit des Kopfschmerzes roth und heiss im Gesicht ist. Vor 5 Monaten hatte Patientin zum ersten Mal einen genuinen epileptischen Anfall aus dem Schlaf heraus. Als die Krämpfe vorüber waren, hatte sie ihren gewöhnlichen Migräneschmerz. Seither häufige Wiederholung der epileptischen Anfälle, meist Nachts aus dem Schlaf, sodass über etwaiges Migränescotom nichts zu berichten ist, jedoch jedesmal mit halbseitigem Kopfschmerz beim Zusichkommen aus dem Insult.

Intervallär ohne Krankheitszeichen. Unter Brombehandlung (5.0) schweigen die Anfälle.

Beobachtung 16.

P., 29 Jahre, Techniker, von neuropathischer Constitution, unbekannten Vater, nervenkranker, durch Suicidium geschiedener Mutter, hatte als Kind Convulsionen.

Vom 19. Jahre ab heftige Anfälle von Flimmerscotom, meist nach

dem Erwachen, von 1 Minute Dauer, ohne sonstige hemicranische Begleiterscheinungen.

Schwinden dieser Anfälle auf Brombehandlung. Wiederkehr derselben mit 18 Jahren. Neuerliches Schwinden auf Brom.

Nach Aussetzen des Brom wieder obige Anfälle. 1890 im Anschluss an einen Anfall von Flimmerscotom 1. epileptischer Insult. Nun trotz Brombehandlung (bis 10.0 pro die) Fortdauer der epileptischen Anfälle, jeweils eingeleitet durch Flimmerscotom. Gelegentlich auch statt jener blosse Absencen.

1891 postepileptischer Aufregungszustand mit Würgen der Mutter. Amnesie. Seit dem 7. April 1895 keine epileptischen Insulte mehr, dafür aber häufig Flimmerscotom als Aura genuiner Hemicranieanfälle, ohne alle Bewusstseinsstörung, von 3 Stunden Dauer.

Am 25. December 1895 nach Genuss von 0,5 Liter Wein gut geschlafen. Am 29. Morgens Flimmerscotom, an das sich, ohne Convulsionen, ein psych. epileptischer Aufregungszustand von mehrstündiger Dauer anschliesst. Amnesie.

Cranium rachiticum. Keine Narben am Kopf. Im Februar 1896 noch 2 solche Anfälle. Unter Brom 10.0 Ausbleiben solcher, wie auch der Anfälle von Augenmigräne.

Als Corrolarien aus der vorausgehenden Beobachtungsreihe und als Gesichtspunkte für weitere Forschung lassen sich folgende Sätze formuliren:

1. Es giebt diagnostisch und prognostisch verschieden qualificirte Hemicranien. Es können zweierlei Arten von Migräne bei demselben Individuum sich vorfinden (Beob. 5, 9).

2. Die Hemicranie kann symptomatische Bedeutung haben, so bei organischen Hirnerkrankungen, aber auch bei Neurosen (Epilepsie).

3. Die ophthalmische und die mit sensitivem Jackson verbundene Migräne haben sehr häufig symptomatische Bedeutung, fast sicher dann, wenn die Hemicranie eine erworbene (nicht veranlagte) und tardive ist.

4. Die in klinische Beziehung zur Epilepsie tretende Migräne scheint ausschliesslich den sub 3 angeführten Categorien angehörig, jedenfalls existiren keine Beweise dafür, dass eine einfache Migräne eine solche Rolle spielen könnte.

5. Das äussere Merkmal klinischer Zusammengehörigkeit von Hemicranie und Epilepsie ist zunächst eine gemeinsame visuelle Aura, die überdies in rother Farbe auftreten kann (Beob. 11). Diese gemeinsame visuelle Aura ist um so bemerkenswerther, als sie qua Migränescotom weder der gewöhnlichen Hemicranie, noch qua optische Aura der vulgären Epilepsie zukommt, vielmehr besondere klinische Typen beider Neurosen dadurch schafft.

Wüsste man Genaueres über die Bedingungen des Zustandekommens dieses gemeinsamen Symptoms, so wäre der Einblick in die klinische Zusammengehörigkeit beider neurotischer Bilder sehr erleichtert.

Dass diese visuelle Aura schon Symptom eines klinischen Ganzen ist, dürfte nicht zu bezweifeln sein.

Es ist möglich (Beob. 10), dass sensibler Jackson, quasi als sensible Aura, jene optische substituiren kann. Wie diese Aura (optische, eventuell sensible) als gemeinsames Symptom zweier Neurosen Beziehungen gewinnt zu jenen dauernden Gehirnveränderungen, die wir sowohl für die Hemicranie als auch für die Epilepsie annehmen müssen, ist recht unklar.

Die Thatsachen weisen darauf hin, dass dies um so leichter möglich wird, wenn die Hemicranie mit Symptomen sich vergesellschaftet, die auf eine ihr sonst nicht zukommende territoriale Ausbreitung in der Hirnrinde hinweisen.

6. Die visuelle Aura kann isolirt auftreten (abortiver Anfall) oder einen hemicranischen oder epileptischen Insult herbeiführen oder gar beide auslösen.

Im letzteren Fall kann die eine Neurose nicht als der Agent provocateur der anderen angesehen werden; beide sind vielmehr einander gleichwerthig, auf eine gemeinsame, in- oder extensiv verschiedene Hirnveränderung zu beziehen.

7. Die (migränöse) Epilepsie und die (epileptiforme) Migräne können einander substituiren. Im ersteren Falle sind psychische und krampfhafte Anfälle als Substitutionen möglich.

8. Da wo Migräne und Epilepsie in klinische Beziehungen zu einander treten, erscheint die letztere als sensibler Jackson (Beob. 5—10) eventuell mit postepileptischem psychischem Insult (7), als klassischer Insult (2, 3, 4) eventuell auch als psychisches Aequivalent (15, 16).

9. Einer epileptischen Bedeutung verdächtig ist immer ophthalmische Migräne; fast sicher als epileptische Migräne anzusprechen ist die mit sensiblem Jackson verbundene.

Beziehungen zu Migräne verdächtig sind immer epileptische Anfälle irgend welcher Art mit visueller Aura (11—16), mit Erbrechen (13) halbseitigem Kopfschmerz ganz besonders aber dann, wenn sie nur tempore Hemicraniae, nie intervallär auftreten.

10. Auch therapeutisch bedarf die Hemicranie einer Differenzirung nach ihren ätiologischen Formen.

Die mit Epilepsie in klinischem Zusammenhang stehende Migräne wird eventuell durch antiepileptische Behandlung günstig beeinflusst (13—16). Besonders nützlich erweist sich dagegen Brom in Verbindung mit Antipyrin.

Viel grösser sind die Schwierigkeiten, wenn man die Beziehungen zwischen Hemicranie und Hysterie festzustellen versucht. Dass bei der Häufigkeit beider Neurosen, besonders beim weiblichen Geschlecht, Coincidenz beider bestehen kann, ist a priori zuzugeben und jedem Praktiker bekannt. Auch das zeitliche Zusammentreffen von Hemicranie und hysterischen Insulten kann nicht Wunder nehmen, da Gemüthsbewegungen für beide Agents provocateurs sein können. Weiter gehen französische Autoren (Charcot, Babinski, Fink und Andere), indem sie einen klinischen Zusammenhang zwischen beiden Neurosen annehmen.

Der Ausgangsfall für diese klinische Auffassung ist folgende von Charcot in seinen Leçons du mardi à la Salpêtrière 1887—88 p. 10 niedergelegte Beobachtung:

Fred..., 21 Jahre, Graveur, bekommt anlässlich einer Conjunctivitis Anfälle von [illegible] Schmerzen und Gesichtsfeldverdunkelung, die zur selben Stunde täglich wiederkehren.

Anlässlich einer Emotion stellt sich Ende Januar bei ihm der 1. Anfall von Hysterie gravis ein. Dieser Anfall wiederholt sich bis Mitte Februar täglich zur selben Stunde und erscheint ohne Vorboten.

Von nun an geht ihm durch eine Viertelstunde eine Aura (Schmerz, der vom Vertex sich zum linken Auge [illegible], dann Flimmerscotom, das das ganze Sehfeld erfüllt), vorher.

Diese Aura (Migränesymptom) zeigt sich oft auch ohne folgenden Anfall. Nicht selten erscheint statt dieser einzelnen Aura vor dem hysterischen Anfall Mutismus. Unter Brombehandlung (5—8,0) schwinden die hysterischen Anfälle und werden die Migränesymptome milder.

Babinski, der (Archives de neurologie 1890 XX. 60) diesen Fall reproducirt, macht zu Gunsten der hysterischen Bedeutung der hemicranischen Symptome dieses Falles geltend, dass sie als Aura eines hysterischen Insults öfters auftreten, ferner dass diese hemicranische Aura zuweilen durch ein specifisches hysterisches Symptom (Mutismus) vertreten werde. Deshalb müsse diese äquivalente Hemicranie ebenfalls als hysterische angesprochen werden. Zur Stütze seiner Annahme, dass die Hemicranie Syndrom der Hysterie sein könne, bietet Babinski (s. o.) 3 weitere Fälle, wobei er aber nur den 1. und 2. der ganzen Reihe als beweisend ansieht.

Sein 2. Fall betrifft ein 16 Jahre altes Mädchen, das seit 3 Monaten Anfangs täglich an mehrtägiger simpler Migräne litt, nach 10 Tagen einen Schmerz am 6. Dorsalwirbel, in der Supra- und Infraspinatusgegend bekam, nach weiteren 5 Tagen lokale hysterische Krämpfe (Globus, Clonismen der rechten Augenlider) zugleich mit ophthalmischer Migräne bot, wobei sich vom 6. Dorsalwirbel aus („point migraineuse") die Migräne auslösen liess.

Im 3. Fall handelte es sich um ein 22 Jahre altes [illegible] Fräulein, die von 3—5 Jahre Pavor nocturnus gehabt hatte, mit 10 Jahren nach einer Emotion einen

1. Anfall von ophthalmischer Migräne erlitt, dem ein solcher von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen folgte.

11 Tage später Flimmerscotom durch 1 Stunde mit folgendem mehrstündigem hemicranischem Schmerz.

Solche Anfälle ophthalmischer Migräne kehrten in der Folge etwa alle 11 Tage meist im Schlafe wieder, wurden wiederholt erfolgreich durch Brombehandlung beeinflusst.

Neuerlich (ohne Brom) Anfälle täglich, aber auf blosses Scotom sich beschränkend. Druck aufs linke Ovarium ruft es experimentell aber schwach jederzeit hervor, desgleichen Exercitien oder auch die blosse Erinnerung an dasselbe, während Suggestivbehandlung dasselbe günstig beeinflusst.

Der 4. Fall Babinski's betrifft ein 21 Jahr altes Mädchen. Seit 4 Jahren Anfälle von Hysteria gravis, seit 2 Monaten ophthalmische Migräne, mit deren Auftreten die Hysterieanfälle geschwunden sind. Diese Migräneattaquen sind ad libitum durch hypnotische Suggestion hervorzurufen und zu beseitigen.

Diese Fälle beweisen jedenfalls einen näheren klinischen Zusammenhang beider Neurosen, insofern die ophthalmische Migräne Aura eines hysterischen Insults werden, an die Stelle solcher Anfälle dauernd treten, ja sogar durch Reizung einer hyperaesthetischen Hautstelle, die aber nicht zugleich spasmogen sich erweist, in einem Falle sogar durch hypnotische Suggestion provocirt werden kann.

In einem anderen Falle, in welchem die blosse Erinnerungsvorstellung genügt, um Migränescotom hervorzurufen, ist dieses auch durch Druck auf ein Ovarium auslösbar.

Immerhin muss vor voreiligen Schlüssen gewarnt werden. Dass bei Hysterie, die alles Mögliche, selbst organische Rückenmarkserkrankung imitiren kann, auch Migräne durch psychische Einflüsse ausgelöst werden kann, dass bei der ungewöhnlich intensiven und paradoxen Ansprechsfähigkeit des Nervensystems solcher Kranken auch ein mechanischer peripherer Reiz dies vermag, darf doch nicht Wunder nehmen. Auffallend bleibt jedenfalls, dass von den Verfechtern der Ansicht, dass Migräne Syndrom einer hysterischen Neurose oder gar Aequivalent eines hysterischen Insults sein könne, bis 1891 (vergl. Gilles de la Tourette traité de l'hystérie p. 379) nur 13 bezügliche Fälle beigebracht werden konnten, von denen die Mehrzahl nicht einwandfrei ist und nur Coincidenz von ophthalmischer Migräne und hysterischen Syndromen nachweist.

Angesichts dieser Umstände muss es offene Frage bleiben, ob die Migräne eine Rolle der Hysterie gegenüber spielen kann, wie sie sie thatsächlich der Epilepsie gegenüber besitzt.

Die bisherigen Beobachtungen erweisen nur, dass bei Hysterischen psychische und mechanische Reize ausnahmsweise genügen, um einen Migräneanfall zu provociren und dass ein Migräneinsult Agent provocateur für einen hysterischen Anfall sein kann, etwa in der Weise, dass

das Gebiet hemicranischer Hyperästhesie temporär oder dauernd spasmogene Zone wird, analog zahlreichen Fällen (Schützenberger, Bastian und Andere), in welchen ein anderweitiges neuralgisch afficirtes Nervengebiet diese Bedeutung gewinnt. Unter allen Umständen könnte, und hier wieder in Analogie mit der Epilepsie, nur der ophthalmischen Migräne eine Bedeutung als Syndrom oder Aequivalent innerhalb der hysterischen Neurose möglicherweise zukommen, denn die sichere Abgrenzung der simplen Migräne von gewissen Fällen des Clavus hystericus mit sensorieller Hyperästhesie und Erbrechen, sowie von sogenannter Pseudomeningitis hysterica ist eine missliche Sache.

In meinem Erfahrungskreise finde ich zahlreiche Fälle von einfacher und ophthalmischer Hemicranie bei Hysterischen, aber keinen einzigen, in welchem der Migräneanfall sich als Syndrom oder Aequivalent der hysterischen Neurose deuten liesse; dagegen verfüge ich über einige Fälle, in welchen der Migräneanfall offenbar der Agent provocateur für die Wiederkehr von hysterischen Insulten war, wobei sich annehmen lässt, dass das Migränegebiet temporär die Rolle einer hystero(spasmo)-genen Zone bekommen hatte. Umgekehrt kann auch der hysterische Anfall den Migräneanfall provociren.

Als solche Beispiele mögen die folgenden Fälle dienen:

Beobachtung 17.

Frau Z., 35 Jahre alt, leidet seit dem 30. Jahr an Augenmigräne. Keine familiäre Beziehungen zu diesem Leiden. Der Vater litt an Dementia senilis. Die Geschwister sind höchst neuropathisch. Schon seit dem 25. Jahr leidet die sehr nervöse Frau an Hy. gravisanfällen. Diese treten fast ausschliesslich nach Emotionen auf und kehren in Pausen von Wochen bis Monaten wieder. Die Hemicranie entwickelte sich vor 5 Jahren im Anschluss an eine Gravidität. Sie ist nie selbstständig, sondern erscheint immer im Gefolge der hysterischen Anfälle, die mit Kopfschmerz auf der linken Kopfhälfte beginnen und 1—2 Stunden dauern. In seltenen Fällen entwickelt sich die Hemicranie schon auf der Höhe des Anfalls, augenscheinlich aus der hysterogenen Zone heraus, meist aber im Anschluss an den Krampfanfall. Die Hemicranie hat ihren Sitz immer links und dauert bis zu 2 Tagen. Im Anschluss daran besteht durch etwa 14 Tage Unfähigkeit den Kopf nach links zu drehen.

Grosse, stattliche Frau. Eine umschriebene Stelle links von der Scheitelhöhe ist auch intervallär andauernd hyperalgetisch und auf Druck empfindlich. L. Ovarie. Sonst keine Stigmata hysteriae.

Beobachtung 18.

Fräulein T., 21 Jahre, aus Frankreich, Gouvernante, stammt von neuropathischer Familie. Eltern und sämmtliche Geschwister leiden an

Hemicranie, eine Schwester überdies an Hysteria gravis. Patientin gut begabt, frei von schweren Krankheiten, leidet seit dem 15. Jahre an typischer simpler Migräne. Seit den ersten Menses hat sie Hysteria gravis mit seltenen Anfällen, den letzten vor einem Jahr. Wegen Verschlechterung der finanziellen Verhältnisse der Familie musste Patientin neuerlich eine Gouvernantenstelle antreten. Sie war darüber sehr emotionirt, bekam am 7. October 1893 einen Anfall von Hysteria gravis (Lachen, Schreien, Herumwerfen, Augenverdrehen, Zähneknirschen, Delirien von Blumen, der Vater sei verrückt geworden, sie solle es auch sein, Protest dagegen u. s. w.)

Dieser Zustand dauert bei der Aufnahme auf die Klinik (9. October) noch an und löst sich am 10. October. Nur summarische Erinnerung. Patientin berichtet von ihrer Migräne, die nie ophthalmisch war.

Bemerkenswerth sind Mouches volantes und Erythropsie beim Fixiren von Gegenständen. Als Stigma hysteriae bietet sie, ausser Clavus und Ovarie, echt hysterischen Charakter.

Am 14., 19., 20., 29. October wiederholen sich die oben geschilderten und bis auf geringfügige convulsive Erscheinungen rein psychisch sich abspielenden Anfälle von Hysteria gravis. Ihre Ausgangsstelle ist offenbar der Clavus. In der Mehrzahl der Anfälle lässt sich nachweisen, dass Hemicranie dieselben einleitet und begleitet. Patientin bestätigt dies auch aus ihrer bisherigen Erfahrung. Als Ausgangspunkt der Hemicranie wird die Scheitelhöhe (Clavus) angegeben.

Am 6. November letzter Anfall von Hysteria gravis (blosses Delir, das sich um Blumen, episodisch aber auch um schreckhafte Hallucinationen dreht), in der Dauer von 4 Stunden mit initialer und offenbar den Anfall provocirender Migräne. Während der Dauer des Hysterieanfalls besteht halbseitiger Kopfschmerz, ohne aber in den Delirien irgendwelche Verwerthung zu finden. Am 20. December 1893 wird Patientin als „genesen" entlassen.

Beobachtung 19.

Am 19. Juli 1896 früh wurde die 22 Jahre alte, ledige M. K. von einem Polizisten, den sie mit den Worten „Du bist mein Doctor" angepackt hatte, auf das Commissariat gebracht. Sie erschien verwirrt, aufgeregt, spuckte beständig, zeigte grossen Stimmungswechsel, klagte heftigen Kopfschmerz, wegen dessen sie wiederholt schon internirt gewesen sei. Sie sei wegen grosser Unruhe und Angst nach Wien gefahren, habe den ganzen Tag ein Wasser gesucht, um sich zu ertränken, da sie ihr Leben nicht freue. Darauf fing sie an zu pfeifen und zu singen. Auf die Klinik gebracht, ist sie noch leicht verwirrt, hat nur summarische Erinnerung für die jüngste Vergangenheit, ist schreckhaft, ängstl.

zeigt grossen Stimmungswechsel, erotisches Wesen. Sie klagt Kopfschmerz, bietet Druckschmerzpunkte am l. n. supraorbitalis und temporalis, l. Hemihyperästhesie, concentr. Sehfeldeinschränkung, sonst keine hysterischen Stigmata. Patientin schläft die Nacht zum 20. ruhig. Am 20. Menses, unter heftiger Colik und Exacerbation des l. Kopfschmerzes, mit der Begleitvorstellung, es trete ihr Jemand auf den Kopf, welche Idee aber nicht festgehalten wird. Patientin ist nicht mehr verwirrt, aber emotiv, schreckhaft, bald erotisch, bald deprimirt mit Taedium vitae, das ganze Bild von entschieden hysterischem Gepräge. Mit dem Aufhören der Menses am 25. treten diese Erscheinungen zurück. Patientin wird ruhig, geordnet, erscheint geistig beschränkt, ethisch etwas defekt und giebt folgende Anamnese:

In der Familie ist mehrfach Alcoholismus, Irrsinn und Tuberculose vorgekommen. Der Vater ist an Phthisis gestorben, eine Schwester durch Suicidium in der Irrenanstalt, die Mutter ist jähzornig.

Patientin hat Cranium rachiticum und Spuren von Rachitis am sonstigen Skelet. Sie machte die gewöhnlichen Kinderkrankheiten durch, litt nach heftigem Schreck vom 9.—15. Jahre an Anfällen von Hysteria gravis. Seit dem 18. Jahr traten diese neuerlich, aber seltener auf.

Vom 14.—17. Jahr hatte Patientin sich in Gesellschaft einer herumziehenden Volkssängergesellschaft umhergetrieben. Heimgekehrt und mit der Mutter ausgesöhnt, Streitigkeiten wegen eines Mannes, den sie gegen ihren Willen heirathen sollte. Als Patientin im 19. Jahre gewahr wurde, dass sie gravid sei, machte sie in einem (hysterischen ?) psych. Ausnahmszustand einen Suicidversuch mit Phosphorlösung und Sturz aus dem Fenster. Seit jenem Sturz Anfälle von linksseitigem heftigem Kopfschmerz, eingeleitet von Sehen schwarzer Ringe vor den Augen, jedoch ohne Flimmern; auf der Höhe desselben Uebelkeit.

Dieser hemicranische Symptomencomplex ist seither in Beziehung zu den Hy. gravis-Anfällen getreten, insofern, nach der Versicherung der Patientin, der Aura des Globus und Schwindels sich Scotom und Kopfschmerz hinzugesellt haben.

Im Lauf der letzten Jahre sind die convulsiven Anfälle der hysterischen Neurose sehr selten geworden. Dafür stellen sich aber im Gefolge der obigen Aurasymptome öfter psychische Anfälle ein, in Form von Verwirrtheit, ängstlicher Unruhe, Taedium vitae. In einem dieser Anfälle Sprung in den Fluss. Patientin war 2 mal wegen solcher Anfälle in der Irrenanstalt, war episodisch Kellnerin, Femme entretenue gewesen. Eines Tages wurde ihr Zuhälter als Hochstapler verhaftet. (7. Juli 1896.) Sie floh erschreckt zur Mutter nach Graz. Von da ab gehäufte hemicranische Insulte mit ängstlicher Verwirrtheit, Taedium vitae und schreck-

halten Sinnestäuschungen. Man band sie daheim an. Im Anschluss an einen solchen Insult floh sie nach Wien (17. Juli), um dort Erwerb zu suchen.

Am 18. früh setzte Hemicranie ein — sie wurde verwirrt, bekam wieder Angst, Taedium vitae, wollte in die Donau, verschenkte ihre Habseligkeiten, als für sie überflüssig an Passanten, irrte in der Stadt herum. Sie erinnert sich summarisch, in mehreren Kirchen zu beten versucht zu haben, aber vor Unruhe und Angst nicht dazu gekommen zu sein. Sie sei auch auf einem Friedhof gewesen, um zu sehen, wie ihre künftige Ruhestätte aussehe. Abends, unter Zunahme des Kopfwehs, sei sie stärker verwirrt geworden und in diesem Zustand arretirt worden.

In der folgenden mehrwöchentlichen Beobachtung bot Patientin Züge von psychischer Degeneration, neben solchen von hysterischem Charakter. Neuerliche Anfälle von Migräne oder von hysterischem Delir resp. Insult gelangten nicht mehr zur Beobachtung.

IV.

UEBER TRANSITORISCHE GEISTESSTOERUNG BEI HEMICRANIE.



Möbius gebührt das Verdienst, durch die in seiner Monographie der Migräne (Nothnagels Handbuch) enthaltenen Bemerkungen zum Studium von mit hemicranischen Anfällen offenbar in Beziehung stehenden psychischen Störungen Anregung geboten zu haben.

Er berichtet (p. 29 l. c.) von „nicht selten den Migräneanfall begleitender Verwirrtheit, in welcher die Kranken sagen, sie seien wirr im Kopf, die Gedanken liefen ihnen durcheinander, sie wüssten nicht, was sie wollen, dabei zuweilen verkehrte Antworten geben oder gar nicht antworten.“

In seiner Erfahrung verzeichnet Möbius auch einen Fall, in welchem die Migräne jedes Mal mit plötzlich eintretender Angst ohne anderweitige Aura einsetzte. Er verweist auf Liveing, der mehrere solche Anfälle beobachtet hat, ferner solche von Gemüthsdepression, die während des ganzen Anfalls fortbestand.

Aehnliche Klagen hatte ich vielfach auch von meinen Kranken vernommen. Bei Manchen bestand eine förmliche psychische Aura im Sinne von „Aufgeregtheit, Angst“. Einer derselben erklärte, dass er schon Stunden lang vor dem Anfall nervös aufgeregt, zappelig, reizbar sei.

Es lässt sich schwer entscheiden, ob die nur elementaren psychischen Functionsstörungen in solchen Fällen einfach seelische Reaction des neuropathischen Kranken auf die zu gewärtigende oder bereits eingetretene hemicranische Krise seien oder in directer organisch ausgelöster Beziehung zum Symptomencomplex der Migräne stehen.

A priori ist diese Möglichkeit Angesichts des Umstandes, dass die Migräne eine Hirnrindenaffection sein dürfte, die, entsprechend ihrer Schwere sich mit immer weiter reichenden Symptomen von Hemmung oder Reizung von Hirnrindengebieten complicirt, nicht von der Hand zu weisen. In meiner bisherigen Erfahrung finde ich psychische, über Elementares hinausreichende Störung nur in Fällen von ophthalmischer oder auch mit sensiblem Jackson sich verbindender Migräne.

Es ist ganz gut möglich, dass es bei der oder durch die Veränderung, welche während des Migräneanfalls in dem Cortex angenommen werden muss, auch einmal zu einer diffusen Rindenstörung im Sinne einer Psychose komme, zumal da die Migränekranken ja durchwegs belastete

Persönlichkeiten sind, bei welchen abnorme Ansprechsfähigkeit des Centralorgans und abnorm leichte Irradiation von Reizvorgängen zugegeben werden muss.

Die folgende Beobachtung ist ein Beleg für die Berechtigung zur obigen Annahme.

Beobachtung.

Frau N., 53 Jahre, Arbeitersfrau, angeblich früher gesund, ohne epileptische oder hysterische Antecedentien, sehr gut conservirt, leidet seit dem Eintritt ins Klimacterium vor 11 Jahren, an ophthalmischer Migräne. Sie versichert, dass sie niemals früher an derlei Anfällen gelitten habe. Ueber die Gesundheitsverhältnisse der früh gestorbenen Eltern weiss sie nichts zu berichten.

Ursprünglich erkrankte Patientin an linksseitiger Augenmigräne. Nach 3 Jahren erschien die in ihrem Wesen gleiche Affection nur mehr rechts. Der Anfall wurde besonders leicht durch körperliche Anstrengung provocirt. Er beginnt mit einem schwarzen senkrechten, etwa 1 Finger breiten Streifen im rechten Sehfeld, der nach etwa 10 Minuten schwindet, resp. zu einem schwarzen, das ganze rechte Sehfeld füllenden Scotom sich ausbreitet. Nun erscheinen gelb glänzende Lichtbüschel und Sterne, die $^1/_2$—1 Stunde andauern. Patientin kann die Dauer dieses Stadiums abkürzen, wenn sie sich rechtzeitig niederlegt. Bei Schluss der Augen steigert sich das Flimmerscotom. Die Sterne werden bald grösser, bald kleiner, bis sie endlich sich immer mehr verkleinern und schwinden.

Nun setzt heftiger, bohrender, drückender rechter Schläfenschmerz ein, der sich nach dem rechten Auge zieht. Zugleich kommen „Caricaturen" (Fratzen, Statuen, Pagoden, die in beständiger Bewegung sind), die etwa 10 Minuten andauern. Schliesst Patientin die Augen, so dauern sie gleichwohl fort. Wird bloss das linke Auge geschlossen, so sieht sie die Figuren im dunklen Sehfeld. Gewöhnlich erscheinen dann nochmals die goldglitzernden Sterne auf kurze Zeit.

Unter schwindendem Scotom und Fortdauer heftigen Kopfschmerzes kommt nun das „kuriose" Stadium, das etwa 5 Minuten dauert und erst seit 2 Jahren besteht. Patientin fühlt sich während desselben wie sinnlos, sie kenne sich nicht aus, ihren Mann nicht, habe ein banges Gefühl drohenden Irrsinns, sei ganz verwirrt, bringe kein Wort heraus (Schilderung amnestisch aphasischen Zustands), habe das Gefühl, dass sie von Jemand verfolgt werde. Sie verliere in dieser Episode nicht das Bewusstsein, aber der Zustand sei entsetzlich peinlich durch das Gefühl, dass der Verstand schwinde.

An diese Episode reihe sich Erbrechen. Im Kopf werde es nun

frei, aber der Schmerz ziehe sich regelmässig in Wange und Unterkiefer und tobe sich da aus. Dieses Ausklingen der Hemicranie in Gestalt einer Neuralgie des 2. und 3. rechten Trigeminusgebiets dauere bis zu 2 Tagen an.

Ich sah Patientin wiederholt in diesem Stadium und fand alle Gebiete des rechten 2. und 3. Trigeminus höchst druckempfindlich, während links selbst heftiger Druck schmerzlos war.

Die genaueste Untersuchung der Patientin vermochte keine Symptome eines organischen Hirn- oder Rückenmarksleidens bei diesem tardiven Fall von Hemicrania ophthalmica aufzufinden. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel ergab ein negatives Resultat.

Unter fortgesetzter Behandlung mit Kal. bromat. 4,0 Antipyrin 1,0 pro die sind die Hemicranieanfälle seit mehr als 12 Wochen nicht mehr wiedergekehrt.

Solche Fälle sind übrigens auch innerhalb des Rahmens der complicirten Migräne seltene Vorkommnisse.

Ihre Seltenheit angesichts der enormen Häufigkeit der Migräne lässt besondere Dispositionen und eventuell zufällige Hilfsursachen voraussetzen, auf Grund welcher es zu hemicranischer Psychose kommt.

Bezüglich der letzteren mögen psychische Traumen, calorische Schädlichkeiten, auch Excesse in potu eine Rolle spielen. Hinsichtlich der besonderen Dispositionen muss an die klinische Verwandtschaft der ophthalmischen Migräne mit der Epilepsie erinnert werden.

In der bisherigen Litteratur sind nur transitorische Psychosen im Zusammenhang mit einem Migräneanfall und zwar als inter- oder posthemicranische Erscheinungen verzeichnet.

Damit erhebt sich die wichtige und interessante Frage, ob es sich hier um eigenartige Psychosen im Sinne hemicranischer Psychose handelt, oder ob nicht vielmehr eine larvirte Epilepsie (s. o.) im Spiele ist, der psychische Antheil des Krankheitsanfalls somit dieser Neurose zukommt.

Die Entscheidung dieser Frage ist beim gegenwärtigen Standpunkt unseres Wissens eine recht schwierige, denn die Bilder, unter welchen die sogenannte psychische Epilepsie auftritt, sind polymorph, noch keineswegs endgültig festgestellt und möglicher Weise untrüglicher Kennzeichen baar.

Unter allen Umständen scheint es mir Angesichts der klinischen Verwandtschaft der Augenmigräne und der Epilepsie geboten, erst dann an die Existenz einer an Hemicranie ausschliesslich gebundenen transitorischen Psychose zu denken, wenn alle Möglichkeiten für die Annahme einer epileptischen Bedeutung des Falles sich als nicht stichhältig

erwiesen haben. Der Zusammenhang zwischen hemicranischer Psychose und Epilepsie kann in folgender Weise sich darstellen.

1. Der Kranke leidet an (simpler) Hemicranie und ausserdem an Epilepsie.

Der hemicranische Anfall ist blosser Agent provocateur für einen Anfall der Krampfkrankheit.

2. Beide Neurosen stehen in inniger klinischer Beziehung.

Die (ophthalmische) Migräne ist nur eine symptomatische. Sie vertritt die Stelle eines epileptischen Insults und an diesen symptomatischen Migräneanfall reiht sich eine (postepileptische) psychische Störung (vgl. p. 126). Entspricht diese bekannten Bildern des epileptischen Irreseins im Sinne des petit oder grand mal oder des stupor u. s. w., so ergeben sich Anhaltspunkte für die symptomatisch epileptische Bedeutung des psychischen Symptomenbilds; ist dies nicht der Fall, so wird bei unserer Unsicherheit der Diagnostik quoad psychischer Epilepsie der Möglichkeit einer doch, d. h. unabhängig von aller Epilepsie, existirenden hemicranischen Psychose der Weg gebahnt.

Darüber kann nur die künftige Forschung entscheiden. Wie aus der folgenden Casuistik hervorgehen wird, entsprechen die bisher bekannt gewordenen Bilder von peracuter an den Migräneanfall geknüpfter Psychose nur ausnahmsweise den uns bekannten und doch recht häufig zu beobachtenden von sogenannter psychischer Epilepsie oder psychischen Aequivalent dieser Neurose. Im Falle, dass es gelänge, jene sämmtlich auf eine epileptische Grundlage zurückzuführen, müsste immerhin zugegeben werden, dass die (symptomatische) Migräne offenbar Einfluss auf die Gestaltung dieser psychischen Bilder gewinnt.

Klinisch muss noch an die Möglichkeit gedacht werden, dass auch die Beziehungen des Psychoseanfalls zur Hemicranie verschleiert bleiben, insofern diese abortiv bleibt und sich nur als Migränescotom äussert. Es wäre das ein Analogon des epileptischen Insults mit visueller Aura und würde meines Erachtens die Diagnose einer transitorischen Psychose zu Gunsten der Annahme eines psychischen Aequivalents entschieden stützen, sie wohl sichern, wenn das Scotom in rother Farbe spielen würde. Endlich besteht noch die Möglichkeit, dass die an Hemicranie sich anschliessende psychische Störung Aequivalent oder Theilbild eines abortiv gebliebenen Hysteria gravis-Anfalles, der unvollkommen in die Erscheinung trat, sein kann (vgl. die bezüglichen p. 130 mitgetheilten Beobachtungen).

Sehen wir uns in der bisherigen Litteratur nach psychischen Störungen im Zusammenhang mit Hemicranie um, so sind zunächst Mingazzini's Arbeiten in Betracht zu ziehen.

Der genannte Autor veröffentlichte in der Rivista sperimentale XIX, 2, 3, folgende Fälle.

1. F., 24 Jahre, ledig, Militär, aus schwer belasteter Familie, vom 7.—16. Jahre Masturbant, erlitt mit 9 Jahren eine Kopfwunde durch Sturz.

Vom 14. Jahre ab Abusus Coitus und passive Fellatio. Psychopathische Minderwerthigkeit. Anwandlungen zu Selbstmord. Reizbarkeit, Unverträglichkeit, Insubordinationen, zahlreiche Bestrafungen. Ethische Defectuosität.

Seit einigen Monaten Anfälle von linker Hemicrania ophthalmica, mit Vision eines schwarzen Mannes, der drohend auf Patient losgeht. Im Moment, wo F. von diesem an der Brust oder am linken Arm gepackt wird, verliert er das Bewusstsein unter leichtem Schrei und kurzem Herumschlagen mit den Armen. Einige Augenblicke später ist F. wieder bei sich, empfindet Torpor und Formication in der linken OE., die sich dann auf die linke UE. erstreckt.

Während des Anfalls sind die Supraorbitalbogen druckschmerzhaft und ist die linke Stirn wärmer als die rechte. Nur für die Zeit der Bewusstlosigkeit besteht Amnesie.

Auf dem linken Os frontis findet sich eine kleine adhärente Hautnarbe. Als Dauersymptom constatirt man linke Hemihyperästhesie. Auf beiden Augen wird Grün für Himmelblau angesehen. Auf dem linken Auge besteht conc. Sehfeldeinschränkung.

2. G., 31 Jahre, verheirathet, stammt aus schwer belasteter Familie, ist Masturbator strenuus. Mit 9 Jahren (1870) begannen Absencen, die bis zu einer Viertelstunde dauerten und sich alle 2—3 Monate wiederholten. Als Aura solcher Anfälle hörte er Anfangs r. ein Geräusch gleich dem eines heranrollenden Bahnzugs. Später trat an dessen Stelle ein nur leichtes Rauschen im rechten Ohr, mit sofort folgender Hemicrania ophthalmica.

Vom 18. Jahr ab waren die Anfälle von Hemicrania heftiger geworden und gingen mit Torpor, Parese des rechten Arms und Mutismus einher.

In einer solchen Anfallszeit tödtete Patient im Affect die Dienstgeberin mit mehr als 100 Messerstichen. Darauf ass er ruhig und legte sich schlafen. In die Irrenanstalt gebracht, bot er 6 Monate lang einen Dämmerzustand mit Amnesie.

In der Folge hatte er wiederholt Anfälle von petit mal und befand sich deshalb wiederholt in der Irrenanstalt.

Mit 25 Jahren (1886) bekam er den ersten klassischen epileptischen Insult, der unter dem Einfluss von Alkoholexcessen sich häufig wiederholte.

Am 1. December 1892 wurde er auf der Strasse in tiefem Dämmerzustand (ist Gott, Kaiser, will nach Amerika) aufgegriffen. Nach 2 Tagen kam er zu sich, mit Amnesie für das Vorgefallene. G. ist eine psychisch degenerative Persönlichkeit, ethisch defekt, conträr social.

3. V., 34 Jahre, ledig, aus einer Säuferfamilie, seit dem 13. Jahre Masturbant, später Potator, befand sich 1881 wegen Alkoholismus, 1890 wegen hallucinatorischer Melancholie in der Irrenanstalt.

Seit 1889 (31 Jahre) litt er öfter an Anfällen von Hemicrania ophthalmica (linkes Auge) in der Dauer von 7—8 Minuten mit Ameisenkriechen in der linken OE. und motorischer Aphasie.

Am 25. August 1892 heftiger Anfall von linker Hemicrania ophthalmica. Unter Fortdauer dieser bis 27. früh verstimmt, ruhelos, Erbrechen, schlechter Schlaf mit schweren Träumen.

Am 27. früh beginnt ein psychischer Ausnahmszustand. Er geräth in eine Kirche, fängt an zu predigen, über die katholische Religion und die Priester zu schimpfen

Er sieht, wie ein Madonnabild ihn tadelnd ansieht, beginnt zu schluchzen, die Madonna um Schutz anzuflehen. Sofort in die Irrenanstalt gebracht, kommt er zu sich und ist amnestisch für alles Vorgefallene.

Plagio-subenicrocephaler Schädel (Ct 5(2)). Sensible Anfälle. Concentrische Gesichtsfeldeinschränkung.

4. G., 34 Jahre, von trunksüchtigem Vater, periodisch psychopathischer Mutter, hat einen irrsinnigen Bruder. Seit 10 Jahren hat er Anfälle von rechtsseitiger „Cephalaea“. Sie dauert 24 Stunden, kehrt 2—3 mal monatlich wieder. Auf der Höhe des Anfalls trübt sich sein Bewusstsein und bekommt er Antriebe sich umzubringen. 3 mal hat er dies mit Sublimat versucht, 4 mal sich der Polizei wegen Taedium vitae in solchem Anfall gestellt. Seine Erinnerung für die Erlebnisse in solchem Zustand ist eine summarische.

In einem solchen Anfall kam er am 20. December 1892 in die Irrenanstalt. Auf dem rechten Parietalbein eine Hautnarbe. Concentr. Gesichtsfeldeinschränkung. Rachitischer Schädel.

Die vorausgehenden Fälle sind der Annahme einer besonderen hemicranischen transitorischen Psychose nicht günstig, denn sie bieten sowohl nach der psychischen als auch der somatischen Symptomenreihe epileptische und hysterische klinische Zeichen. Fall 2 ist eine zweifellose Epilepsie. M. erkennt dies selbst in der Epikrise seiner Fälle an und wirft die Frage auf, ob diese Anfälle von transitorischer Psychose bei oder nach Hemicranie nicht psychische Aequivalente der Epilepsie seien.

Gleichwohl hält er die Annahme der Existenz einer besonderen transitorischen hemicranischen Psychose fest und sucht sie damit zu erklären, dass ein dem hemicranischen Anfall zu Grunde liegender vasospastischer Zustand der Hirnrinde, auf weitere Territorien dieser irradiirend, das Zustandekommen solcher Psychose bewirke.

In der Rivista sperimentale XXI, 4, berichtet Mingazzini zur Stütze dieser Anschauung weitere 6 Fälle.

5. Soldat, 22 Jahre, angeblich unbelastet, früher an Malaria leidend. Seit dem 18. Jahre (1891) frontale persistirende Cephalaea.

1892 bei Exacerbation derselben optische Reizerscheinungen (Sternchen im Sehfeld beider Augen, Flimmerscotom).

1893 in solchem Anfall schreckhaftes hallucinatorisches Delir von 1 Tag Dauer. Amnesie.

Im November 1894 in neuerlichem Anfall von Hemicrania ophthalmica abermals hallucinatorisches Delir.

Am 20. Februar 1895 3. Anfall (wollte sich umbringen, delirirte 1 Tag, Amnesie), der ihn der Irrenanstalt zuführte.

In dieser andauernd leichter Stirnkopfschmerz, Emotivität, Reizbarkeit. Ab und zu leichter Schwindel mit Verdunklung des Sehfelds, aber ohne Bewusstseinstrübung. Andauernd conc. Sehfeldeinschränkung auf dem rechten Auge.

6. B., 50 Jahre, Schneider, wurde nach einer Erkältung im Mai 1894 [illegible]. Zugleich bekam er heftigen Frontalschmerz und wurde mit Exacerbationen des Schmerzes von Phosphenen heimgesucht. Vorübergehend kam es sogar zu Visionen von Gestalten, allgemeinem Tremor und Verlust des Bewusstseins. Meist fehlte die Correction [illegible]

diese Hallucinationen. Die Beobachtung ergab r. Hemihyperaesthesie für alle Qualitäten, l. Anaesthesie, r. fehlenden Pharynxreflex.

Nach den Anfällen fand sich eine bedeutende concentrische Einengung des Gesichtsfelds. R. Verminderung des Geruchs- und Gehörvermögens. Intelligenz intakt. Grosse Emotivität. Häufige Wiederkehr von Cephalaeanfällen mit schreckhaftem hallucinatorischem Delir, dem jeweils Phosphene vorausgingen. Nach Monaten Genesung.

7. Mädchen, 20 Jahre, unbelastet. Vom 3.—17. Jahr häufige Convulsionen, von da ab klassische epileptische Insulte.

Mit 19 Jahren begannen Anfälle von Hemicranie. Wenn diese heftig sind, stellen sich 2—3 Stunden nach dem Beginn des Kopfschmerzes optische Reizerscheinungen (Sterne) ein. Dann erscheinen Visionen (Paradies, Engel, Mutter Gottes) neben Hemianopsie der Personen der Umgebung. Oft kommt es noch zu Erbrechen. Patientin erkennt ihre Hallucinationen als solche.

Kürzlich Ausbruch eines hallucinatorischen Delirs (Hölle, Flammen, die Patientin auf der Haut spürt, dazwischen Visionen der Madonna, Ekstase).

In solchem wird sie in der Irrenanstalt aufgenommen. Sie hat massenhaft Sensationen, ganz dieselben, wie sie auch als Aura ihrer epileptischen Anfälle aufzutreten pflegen. Sie wähnt, Thiere im Leib zu haben, verlangt, dass man ihr den Bauch aufschneide, ist ängstlich, weint, schluchzt, unter heftigem Kopfweh, abstinirend. Plötzliche Lösung des Anfalls.

Am 6. März 1895 epileptischer Anfall unter vorausgehenden Sensationen im Leib, die als Thiere interpretirt werden.

Am 7. März analoger Anfall, Schwindel mit Globus als Aura. Dann automatische Handlungen, Stupor. Der ganze Anfall dauert nur einige Minuten.

8. Weib, 39 Jahre, unbelastet, nie Convulsionen. Mit 21 Jahren Heirath. 3 Partus. Seit Jahren Anfälle von leichter Cephalaea. Neuerlich solche Anfälle gehäuft, heftig. Schmerz bilateral, mit Gefühl von Pulsiren.

In diesen heftigen Anfällen Ausbruch von Delir (Leute dringen ins Zimmer, um Patientin umzubringen, sie hat ein Pferd gesehen und ist mit demselben auf Bergen herumgeritten etc.). Im Anfall Trübsehen, Lärm in den Ohren, Hitzegefühl im Gesicht. Plötzliche Lösung des Anfalls. Keine Amnesie.

Neuerlich, in einem besonders heftigen Anfall war Patientin 2—3 Tage lang ganz verwirrt, delirant, schlaflos gewesen.

Ausser rechter Ovarie nichts Bemerkenswerthes. Unter Bromgebrauch Besserung der Hemicranie.

9. A., 29 Jahre, ledig, Maurer, kein Potator, vor Jahren luetisch inficirt. 1884—1885 3 mal wegen Melancholie, 1885—1890 2 mal mit unbekannter Diagnose in der Irrenanstalt gewesen, litt seit der Kindheit immer häufiger und heftiger an Anfällen diffuser Cephalaea von 2 Stunden bis 3 Tagen Dauer, mit leichter Verwirrung, Phosphenen (Lichter, leuchtende Zickzackerscheinungen) bis zu Visionen (schreckliche Gestalten) und Amnesie für die Erlebnisse des Anfalls.

In der Irrenanstalt litt A. noch 3 derartige Anfälle.

Ausser beiderseitiger Gesichtsfeldeinschränkung nichts Abnormes.

10. Frau C., 37 Jahre, unbelastet, hat nie geboren, war früher gesund bis auf einige Coliken. Mai 1894 ohne Ursache heftiger stechender Schmerz über den Augen, bald darauf Schwindelanfall. Sie bleibt nun wegen heftiger Cephalaea in Nacken und Occiput 4 Monate zu Bett.

Der Schmerz wird nun milder und exacerbirt nur noch episodisch heftig.

Januar 1895, auf der Höhe eines solchen Schmerzanfalls, durch einige Minuten

Lichterscheinungen (Funken Sterne), aber keine Scotome. Nur 1 mal kam es schliesslich heftiger Schmerzen zu Erbrechen. Wiederholt stellten sich auf deren Höhe Visionen unheimlicher Gestalten ein, jedoch behielt Patientin Einsicht für das Krankhafte dieser Phänomene.

Die Lendenhaut ist druckschmerzhaft, nicht aber der Quintus. Im Anfall besteht auch Wirbelschmerz, der sich bis zum Epigastrium erstreckt und Nausea auslöst. Zeichen im Sinne einer hysterischen oder epileptischen Neurose sind nicht auffindbar, wohl aber leicht neurasthenische Stigmata.

Auch diese neuerliche Serie von (6) Fällen lässt die Frage nach einer eigenartigen hemicranischen Psychose recht unentschieden. In Fall 7 handelt es sich bestimmt um epileptische Phänomene; in 8 und 10 scheint mir die hemicranische Bedeutung der Fälle nicht sichergestellt, im 10. eher eine Cephalaea neurasthenica anzunehmen. In 5, 6, 7 sind hysterische Stigmata vorhanden und Beziehungen der psychischen Phänomene zu Hysterie nicht von der Hand zu weisen.

Verf. erkennt selbst an, dass in seinen Fällen Symptome von Hysterie, Neurasthenie und epileptoide Erscheinungen mit unterlaufen, glaubt sich aber gleichwohl berechtigt, eine „Disfrenia emicranica transitoria“ anzunehmen, die er auf Arteriospasmus der Hirnrinde zurückführt, reflectorisch bedingt durch die gereizten sensiblen Nerven der Dura.

Er weist darauf hin, dass in seiner Casuistik der Kopfschmerz immer diffus, bilateral war, meist mit ophthalmischen Erscheinungen (bilaterale Phosphene, einigemal auch Scotome) verbunden, dass hier der Kopfschmerz den optischen Phaenomenen, im Gegensatz zu gewöhnlichen Fällen von (ophthalmischer) Migräne, vorausgeht. Er fand, dass die Photopsien, gleichwie die sich daraus entwickelnden Gesichtshallucinationen, dem Intensitätsgrad des Kopfschmerzes parallel gingen und hält als typisch für seine Fälle von „Disfrenia emicranica“ das etappenweise Auftreten von Schmerz, Phosphenen, Hallucinationen, Entwicklung von hallucinatorischem Delir auf der Höhe des Schmerzanfalls.

Aus der sonstigen Literatur sind zu erwähnen:

11. Sciamanna, Nevrosi emicraniche, Atti dell' XI. Congresso med. internaz. IV. Band, 1895.

Briefträger von 32 Jahren. Seit Jahren Anfälle von „Cephalaea“. Im Verlauf eines besonders heftigen Anfalls Zustand von Verwirrtheit. Später 2 weitere Anfälle, im letzten tobsüchtige Aufregung. Während der ganzen Dauer der Cephalaea (circa 12 Stunden) waren dem maniacalischen Insult Amaurosenkrisen und aphasische Sprachstörung vorausgegangen. In der Folge noch einige mildere Anfälle von Cephalaea ohne psychopathische Begleiterscheinungen.

12. Zacher, Berliner klin. Wochenschrift. 1892. 28.

B., 17 Jahre, hereditär schwer belastet, von migränöser Mutter, Convulsionen in der Kindheit. Vom 14. Jahre ab eine Zeitlang Somnambulismus. Seit Jahren Migräne. Bei heftigen Migräneanfällen, die häufig mit Augensymptomen (hellglänzender, in ve-

schiedenen Farben spielender Kreis vor dem linken Auge, allmälig grösser werdend und dann schwindend oder auch Zittern und Vibriren der Gegenstände auf deren linker Hälfte) sich einleiteten, seit dem 16. Jahr im Verlauf oder im Anschluss an Migräneanfälle bis mehrstündige Zustände geistiger Störung (getrübtes Bewusstsein, Verwirrtheit, grosse Reizbarkeit, bis zu Gewaltthätigkeit, episodisch schreckhafte Gesichtshallucinationen), die mit Schlaf sich lösten und Amnesie hinterliessen. Nur heftige und fast ausschliesslich ophthalmische Migräneanfälle lösten sie aus.

Brombehandlung machte beiderlei Anfälle allmälig schwinden. Z. bezeichnet seinen Fall ausdrücklich als einen solchen von „Migraine ophthalmique mit transitorischer epileptoider Geistesstörung", will ihn aber doch nicht schlechtweg mit Epilepsie identificiren und fasst ihn auf als „auf dem Boden der hemikranischen Constitution entstandene transitorische Psychose analog den postepileptischen Anfällen".

13. Löwenfeld, neurolog. Centralblatt, 1889, p. 268.

Frau, 27 Jahre, seit der Kindheit Hemicranie, früher geistig normal, körperlich gesund, Mutter von 4 Kindern, bekam am 3. Februar 1889 mitten aus vollem Wohlsein morgens 9 Uhr Sehstörung (Schleiersehen) bis zur Unfähigkeit Gegenstände zu erkennen, dann heftigen, den ganzen Kopf einnehmenden Schmerz, dann Erbrechen und weiter Gesichtshallucinationen (Mehrzahl von Personen im Zimmer). Um 12 Uhr kommt der Mann heim und sieht sich veranlasst, sofort nach dem Arzt zu schicken. L. findet bei seinem Besuch um $12\frac{1}{2}$ Patientin collabirt, blass im sonst blühenden Gesicht, mit jedoch gerötheter Conjunctiva. Sie ist fieberlos, spricht verworren, verwechselt, verkennt die Personen, äussert Kopfschmerz, ist aber eher heiterer Stimmung. Mit Zunahme der Verwirrung stellt sich amnestisch-ataktische Aphasie ein. Bei Versuchen sich aufzusetzen, Erbrechen. Die Verwirrung schwindet circa 5 Uhr Nachmittags. Der Kopfschmerz dauert, immer mehr abnehmend, bis zum 6. Februar an.

Complete Amnesie für die Dauer der psychischen Störung.

Patientin hatte bisher nie einen solchen psychischen Anfall zur Zeit ihres Migräneanfalls gehabt. Epilepsie und Hysterie erscheinen ausgeschlossen. Ob Patientin schon früher an der ophthalmischen Form der Migräne litt, geht aus der Beobachtung nicht hervor.

L. versucht die Psychose als „Aequivalent des Hemicranieanfalls (entsprechend dem psychischen Aequivalent des epileptischen Anfalls") zu deuten.

14. Brückmann, „Migräne und Psychose", Zeitschr. f. Psychiatrie 53, p. 556.

S., Kaufmann, 28 Jahre, ledig, erblich schwer belastet (Mutter u. A. mit schwerer Migräne behaftet), schwächlich, begabt, lebhaft, aufgeregt, seit früher Jugend an Diabetes insipidus und Cephalaea leidend, ohne epileptische oder hysterische Zeichen, hat mit 9 Jahren eine Commotio cerebri ohne erkennbare Folgen erlitten. Seit dem 15. Jahre typische Migräneanfälle ohne Augensymptome. Nach gemüthlicher Alteration Dämmerzustand. Dann Psychose (Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen) von $1\frac{1}{2}$ Jahren Dauer. In der Reconvalescenz etwa 8mal im Verlauf von Migräneanfällen deliranter Zustand von $\frac{1}{4}$–$\frac{1}{2}$ Stunden, in Schlaf übergehend und Amnesie hinterlassend. Inhalt der Delirien schreckhaft („Jetzt kommen sie und wollen mich todt machen; die Eltern sind hier und haben Euch Geld gegeben, Ihr sollt mich todt machen") oder um Tageserlebnisse harmloser Art sich drehend. Nach 5monatlichem Wohlbefinden neuerlich schwere Migräneanfälle, Dämmerzustand mit Amnesie vom 20. Februar bis 7. März 1895, daran anschliessend bis 18. März schreckhaftes hallucinatorisches Delirium. In der Folge bis auf Reizbarkeit ohne Symptome. Juni 1895 begannen wieder einfache Migräne-

anfälle. Beim Schliessen des Auges der kranken Seite zuweilen Farbenempfindungen im Gesichtsfeld desselben. Neuerlich im Anschluss an solche Migräneanfälle bis zu 3 Tage dauernde Anfälle von psychischer Verstimmung, mit Hören von höhnenden Stimmen und Ideen der Beeinträchtigung von Seiten bestimmter Personen. Die Erinnerung an diese Zustände nicht getrübt.

Nie früher epileptische oder epileptoide Anfälle.

Verf. hält es für möglich, dass diese transitorischen Zustände psychischer Störung, die er nicht als epileptische anzuerkennen vermag, dadurch zu Stande kommen, dass Anfälle gewöhnlicher Migräne bei dem schwer belasteten und durch Commotio cerebri noch weniger Widerstandsfähigen genügten, um *jene* auszulösen.

In „Feestbundel der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie" 's Hertogenbosch 1896 berichtet Buringh Boekhoudt über angebliche psychische Migräneäquivalente.

a) X., 62 Jahre, Gelehrter, Mutter migräneleidend. Patient hat seit dem [illegible] Jahr Augenmigräne. Mit 31 Jahren, unter dem Einfluss übermässig geistig angestrengter Lebensweise, kamen neurasthenische Beschwerden, Atonie von Magen und Darm mit erleichternden Ructus. Episodische Zustände von Ermattung, die in Halbschlaf und [illegible] übergehen und aus denen Patient momentan zeitlich und örtlich desorientirt, quasi schlaftrunken langsam zu sich kommt. Diese Zustände regelmässig nach der Mahlzeit, von Müdigkeit im Hinterkopf eingeleitet, ohne alle Beziehung zu Hemicranieanfällen. Seit Eintritt dieser neurasthenischen Beschwerden und einer entsprechenden Kur dagegen, fast gänzliches Zurücktreten der Migräne.

Verf. deutet die Intestinal- und Halbschlafzustände („Traumzustände") als Aequivalente der Hemicranie und beruft sich bezüglich ersterer auf einen von Baly (neurolog. Centralblatt 1885, [illegible]) mitgetheilten Fall, in welchem (ebenso unberechtigt) Anfälle von epigastrischem Schmerz, die episodisch eine simple, seit der Kindheit bestehende Migräne verdrängten, als Aequivalente solcher aufgefasst werden.

b) O., cand. med., 23 Jahre, seit früher Jugend simple Migräne, an welcher auch die Mutter litt.

Seit 1 Monat zeitweise momentane Verwirrtheit und Desorientirtheit, ohne begleitende Migräne, ferner elementare, die Migräneanfälle complicirende psychische Erscheinungen im Sinne von Verstimmung und Streitsucht.

Auch hier spricht Verf. von „Traumzuständen" und ist geneigt, sie als Migräneäquivalente anzunehmen. Da die Krankengeschichte höchst aphoristisch gehalten ist, wird eine nähere Deutung jener Bewusstseinsstörungen unmöglich.

c) Kaufmann, 26 Jahre, Mutter mit Cephalaea. Patient seit dem 8. Jahr mit Hemicrania simplex behaftet, seit früher Jugend Masturbant. Mit 23 Jahren erschreckt durch die Bemerkung eines Bekannten, dass Masturbation frühes Senium bedinge. Im Anschluss mehrtägiger Angstzustand mit Furcht vor Senium praecox, Depression und Selbstanklagen. Diese Anfälle kehren alle paar Wochen wieder und schwinden auf Kaltwassercur. Während dieser Episode zeigten sich die Migräneanfälle nur spärlich. Weil die dysthymischen Zustände scheinbar an deren Stelle treten, hält Verf. auch sie für Migräneäquivalente.

Dies sind alle Erfahrungen, welche ich in der Literatur aufzufinden vermochte. Ich wende mich zu den von mir selbst gesammelten Beobachtungen.

Beobachtung 15.*)

M., 18 Jahre alt, Lehrling in einer Hutfabrik, gelangte am 7. Februar 1895 auf der psychiatrischen Klinik des allgemeinen Krankenhauses in Wien durch Intervention der Sicherheitsbehörde zur Aufnahme. Er hatte am 7. früh Morgens, auf der Strasse umherirrend, einen Sicherheitswachmann um Schutz vor den Menschen und vor ihn verfolgenden Geistern gebeten.

Auf's Polizeicommissariat gebracht, erschien er ängstlich, gehemmt, sah böse, verfolgende Menschen, hörte beständig seinen Vornamen „August" rufen. Er wusste nur anzugeben, dass er so heisse, sonst hatte er Alles vergessen, selbst den Familiennamen. Bei der Aufnahme am Vormittag des 7. auf der Klinik ist er ängstlich, gehemmt, im Bewusstsein schwer gestört. Er vermuthet, aus Oesterreich zu sein, glaubt sich in einer Kanzlei, hat 5 + 5 = 9, später = 11 Finger.

Er versteht ganz einfache Fragen nicht, weiss z. B. nicht, was „Profession", „Religion", nach denen er gefragt wird, bedeutet. Er kennt die Geldmünzen des Alltagsverkehrs nicht, weiss sie ihrem Werth nach nicht zu unterscheiden. Seine Vita anteacta vermag er nicht zu reproduciren, er ist aber auch ganz interesselos für die Gegenwart, für die Umgebung, sucht sich nicht zu orientiren, lebt nur im Augenblick, apathisch, still, äusserungs- und bewegungsunlustig. Am Nachmittag des 7. erscheint er ein wenig freier, aber er bleibt desorientirt, ohne Zeitmass. Die meisten Perceptionen erheben sich nicht bis zur Stufe der Apperception. Viele Begriffe mangeln, andere sind höchst vag. Urtheil, Kritik, erlerntes Wissen (z. B. Rechnen) liegen ganz darnieder. Selbst das mechanische Gedächtniss ist schwer geschädigt (Patient zählt die Monate und die Wochentage lückenhaft und in ganz verkehrter Reihenfolge auf).

Erinnerungen sind aber leicht wachzurufen, ebenso Associationen, wenn man ihm das Stück einer Gedankenreihe oder eines Satzes giebt.

Er weiss, dass er „walken" musste, vermag aber sein Gewerbe nicht zu benennen. Als man es ihm nennt, agnoscirt er es.

Oft zuckt er zusammen, indem er sich plötzlich „August" rufen hört. Seine Geliebte ruft ihn. Er fragt plötzlich, ob er ihr schreiben dürfe, und schreibt dann ohne Mühe correct folgenden Brief:

„Geehrtes Fräulein! Ich ersuche Sie freundlich, mir Aufklärung darüber zu verschaffen, warum Sie immerwährend mich beim Namen rufen; es berührt mich nämlich dies schmerzlich. Sie sind ein zu ernsthaftes Mädchen, als dass Sie mit mir einen so grausamen Scherz treiben können. Deshalb ersuche ich Sie inständig um Aufklärung darüber.

Ihr ergebener

A. M."

*) Aus „Wiener klin. Rundschau" 1895, 47.

Patient ist von kräftigem Wuchs. Schädelumfang 53 cm., steiler Gaumen. Geringer Grad von Anämie. Puls 80, Temperatur normal; Urin eiweiss- und zuckerfrei, vegetative Organe befundlos. Klagen über stechenden Stirnkopfschmerz; Pupillen übermittelweit, gleich, etwas träge reagirend. Tiefe Reflexe normal, keine Stigmata Hysteriae mit Neurasthenia. Der Kopf ist weder percussions- noch druckempfindlich.

Im Laufe des 7. dämmern M. einige Erinnerungen auf. Er weiss nun, dass er am Vortag Abends „heim ging". Da kam ihm ein Haufe mit Stöcken und Säbeln bewaffneter Menschen entgegen und ging auf ihn los. Er floh durch viele Strassen, erinnert sich, dass er die Ringstrasse, den Votivkirchenplatz passirte, überall von dem Haufen bedroht und verfolgt. Er floh über den Ring zurück, irrte Stunden lang umher, bis er den Wachmann um Schutz bat.

Von da an hat er nur ganz summarische Erinnerung an Herren in einem erleuchteten Zimmer (Polizeicommissariat), Wagenfahrt (nach dem Spital), Zimmer, in welchem ein Herr schrieb (Spital). In der Nacht auf den 8. schläft er unruhig einige Stunden.

8. Februar. Unverändert. Einige Erinnerungen vom Vortag haften, aber sie werden falsch in der Vergangenheit, um Tage zurück, localisirt. Patient hält die anderen Patienten für Geister, glaubt sich selbst im Geisterreiche, todt, weiss aber nicht, wann er gestorben. Er hört sich noch immer beim Namen rufen, bleibt erschöpft, ruhebedürftig. Er ist partiell seelenblind, erkennt z. B. einen vorgezeigten Metallknopf nicht, sofort aber, als man durch Aussprechen des Namens das acustische Erinnerungsbild weckt.

Nach der ärztlichen Morgenvisite schreibt M. an seine Mutter mit richtiger Adressangabe:

„Liebste Mutter! Ich bitte Sie inständig, besuchen Sie mich sobald als möglich, da ich mich sehr einsam fühle und ich sehr melancholisch bin. Es ist wohl schon sehr lange her, dass ich Sie nicht gesehen habe. Ich weiss nicht, wo ich mich gegenwärtig befinde, auch leide ich an heftigen Kopfschmerzen.

Ihr dankbarer Sohn

A."

Nachmittags kommt seine Mutter zu kurzem Besuch. Er ist erfreut, sie zu sehen, aber auffällig gehemmt und nach den Angaben der Mutter ganz anders als in gesunden Tagen. Diese weiss zur Erklärung des Zustandes nichts beizutragen.

9. Februar. Patient hat die Nacht über gut geschlafen. Seine Miene ist heute etwas freier. Er äussert keine Klagen über Stirnkopfschmerz. Des Besuches der Mutter am Vortag erinnert er sich nicht. Er ist

wesentlich in demselben psychischen Status wie gestern, unorientirt über Zeit und Raum, geistig gehemmt bis zur partiellen Worttaubheit, Seelenblindheit, hallucinirend.

In dieser Verfassung wird Patient als Fall von transitorischer Geistesstörung in der Klinik vorgestellt, unbekannt auf welcher neurotischen Grundlage, mit dem Hinweis auf die Aehnlichkeiten, aber auch Verschiedenheiten, welche der Zustand gegenüber gewissen Bildern transitorischer Psychose auf Grund neurasthenischer und epileptischer Neurose biete.

Bis zum 10. Februar ändert sich am Bilde nichts. An diesem Tage, Nachmittags 4 Uhr, löst sich plötzlich der traumhafte Ausnahmszustand. Patient ist mimisch frei, vollkommen orientirt und geordnet. Er hat summarische Erinnerung für die wirklichen und delirirten Vorkommnisse vom 6. bis 10. Februar. All' das stehe ihm wie ein Traum in der Erinnerung. Bis zum 10., Nachmittags, habe er sich noch immer „August" rufen gehört. Das sei natürlich eine Illusion gewesen.

Interessant gestaltete sich bei dem in der folgenden Beobachtung sich ganz normal erweisenden und von Recidive verschonten M. die Feststellung der Vita praemorbida und der einleitenden Symptome seines Anfalls. Explorat stammt von einer Mutter, die vom 18. bis zum 36. Jahre an häufigen anfallsweisen, halbseitigen Kopfschmerzen mit Uebelkeit, aber ohne Aura litt. Deren Mutter litt an Migräneanfällen mit jeweiligem Erbrechen.

M. hat als kleines Kind an Rachitis gelitten und Convulsionen gehabt; er war schwächlich, lernte erst mit 4 Jahren gehen, war geistig gut begabt, Vorzugsschüler, nie schwer krank gewesen, von etwas jähzornigem Temperament. Nach wiederholt aufgenommener Anamnese sind bisher bei M. Erscheinungen einer neurasthenischen, epileptischen oder hysterischen Neurose nie beobachtet worden. Dagegen leidet er seit der Kindheit an anfallsweisem, heftigem, auf Stirn und in beiden Augen localisirtem Kopfweh, dem häufig Flimmerscotom vorausgeht. Nie komme es aber bei diesen Migräneanfällen, die, sobald er schlafen könne, sofort schwinden, zu Uebelkeit oder Erbrechen, Parästhesie, Hemianopsie. Diese Anfälle sind in ihrer Intensität ziemlich gleich, von ganz unregelmässiger Wiederkehr. Seit einigen Jahren sei der Anfall immer von Flimmerscotom als Aura durch etwa 3 Minuten eingeleitet; dasselbe spiele in allen Farben des Regenbogens, jedoch sei die violette Farbe prävalent.

Seit $1^{1}/_{2}$ Jahren war Patient in einer Hutfabrik als Lehrling. Er war daselbst in keiner Weise angestrengt gewesen, aber er war unzufrieden in seiner Stellung, wünschte schon lange eine Aenderung, hatte sich endlich, wobei er sich gemüthlich sehr erregte, entschlossen, den

Posten aufzugeben, am 4. Februar einen Abschiedsbrief an den Herrn geschrieben und vom 5. ab sich bei einem Freund auf Besuch befunden, dem M. heiter und ganz wie sonst vorgekommen war. Am 6. Februar gegen Abend merkte M. an dem Auftreten von Scotoma scintillans die Wiederkehr eines Migräneanfalls, der auch bald in ungewöhnlich heftiger Weise sich einstellte. Aus diesem Grunde zog er es vor, zur Mutter heimzugehen. Etwa eine halbe Stunde nach Auftreten der Aura dürfte das hallucinatorische Delir eingesetzt haben.

Leider kann M. nicht bestimmt angeben, wann er seine Migräneschmerzen los wurde. Bestimmt lässt sich nur sagen, dass er am 8. Nachmittags noch über solche klagte. Der Anfall transitorischer Geistesstörung, welcher einen ungewöhnlichen, weil abnorm starken, lange andauernden, durch Schlaf wie sonst sich nicht lösenden Migräneanfall begleitete, überdauerte also diesen um etwa 36 Stunden. Als ich den Fall publicirte, schrieb ich: „Ich glaube berechtigt zu sein, einen klinischen Zusammenhang zwischen den beiden Symptomengruppen des Migräne- und des psychischen Insultes anzunehmen. Am naheliegendsten ist die Deutung im Sinne der Fortentwickelung einer umschriebenen Störung in der Function der Hirnrinde (Migräne) zu einer diffusen (Psychose) unter allerdings ausnahmsweise bestehenden besonderen Bedingungen. (Patient, der seither von Psychose verschont blieb, versicherte, dass er früher niemals anlässlich seiner häufigen Migräneanfälle psychisch irgendwie leidend gewesen sei.)

Erweist sich meine Annahme stichhaltig, so gäbe es eine migränische, transitorische Geistesstörung, gleichwie wir eine neurasthenische, epileptische, hysterische kennen."

Bald nach der Entlassung des Patienten stellten sich täglich 2 bis 3 Mal, selbst mitten im Gespräch, Schlafanfälle ein, die etwa eine Viertelstunde dauerten und angeblich jeweils von Migräne eingeleitet waren. Nach etwa 14 Tagen gesellten sich, während Patient in diesem Schlafanfall war, allgemeine tonisch-clonische Krämpfe von mehreren Minuten Dauer hinzu, der Beschreibung nach epileptische. Die Dauer der Schlafanfälle dehnte sich auf etwa 1 Stunde aus.

Patient wurde moros, reizbar, beschuldigte grundlos seine Mutter, sie sei ihm schlecht gesinnt, weil er sich nichts verdienen könne.

Seit August 1895 Aufhören dieser Anfälle, wie auch der hemicranischen Erscheinungen. Patient trat nun einen Dienst als Schreiber an.

Am 7. März 1896 hatte er einen Verdruss mit seinem Vorgesetzten gehabt. Nachmittags 5 Uhr war er noch ganz wohl und unauffällig bei einer befreundeten Familie gewesen. Von da ab ging seine Spur verloren.

In der Nacht zum 9. März wurde Patient aufs Polizeicommissariat

gebracht, weil er, in den Strassen umher irrend, einen Wachmann um Schutz vor imaginären Verfolgern gebeten hätte.

In der Klinik wurde er in tiefem Dämmerzustand aufgenommen. Er war ganz desorientirt, in sich versunken, körperlich und psychisch erschöpft, schreckte auf, wenn man an ihn das Wort richtete, faselte von Menschen, die ihn bedroht hätten, gab sonst richtige, aber spärliche Auskünfte, glaubte andauernd, es sei der 7. März, klagte über diffusen Stirnkopfschmerz, lag ruhig im Bette, schlafbedürftig, fieberlos, mit weiten Pupillen und blassem Gesicht. Gesichtsfeld nicht eingeschränkt, Trigeminus nirgends druckempfindlich. Am 10. März Abends kommt Patient rasch zu sich.

Er hat summarische Erinnerung dafür, dass er am 7., als er hörte, dass seine Mutter um ihn besorgt sei (er hatte in letzter Zeit Lebensüberdruss geäussert) heim wollte, auf dem Heimweg Kopfweh bekam, ängstlich, verwirrt wurde, herumdämmerte, im Gedanken, sich zu retten, mit der Bahn fortfuhr. Thatsächlich fuhr Patient nach W.-Neustadt, übernachtete im Freien, brachte am 8. Vormittags, weil ihn fror, mehrere Stunden daselbst in einer Kirche zu. Darauf fragte er einen Mann, wo er sei, erfuhr, dass er 10 Stunden von Wien entfernt sei. Er war erstaunt, beschloss, da er kein Geld hatte, zu Fuss nach Wien zu gehen. Unterwegs hörte er grossen Lärm, sah in weiter Entfernung einen Haufen von mit Stöcken und Säbeln bewaffneten Menschen auf ihn losstürzen und ihm zurufen „wir werden Dich erstechen“. Er floh, gelangte endlich nach Wien, dämmerte den 9. Tags über in den Strassen herum, sah immer noch ab und zu in gleicher Entfernung Verfolger und bat endlich einen Wachmann um Schutz.

Patient bot seit dem 10. März Abends keine psychopathischen Symptome mehr und wurde nach einigen Tagen entlassen.

Beobachtung 16.

Kr., J., 46 Jahre, Geschäftsmann, kam laut Angabe des Polizeicommissariats am 15. Januar 1896 Morgens in die Aufnahmskanzlei des allgemeinen Krankenhauses in Wien und verlangte, man solle ihm einen grossen Stein, den er im Kopfe habe, entfernen, da er vorher nichts essen könne.

Aufs Commissariat gewiesen, wiederholte er diese Angabe, erschien sehr niedergeschlagen und verwirrt. So äusserte er u. A., er sei 200 Jahre alt, im gelobten Lande geboren, wo er die Bekanntschaft mehrerer Heiligen gemacht habe. Während der polizeiärztlichen Exploration setzte er sich einen Lampenschirm als Hut auf den Kopf, um auf einen Ball zu gehen u. s. w.

Am 15. Januar Abends auf der Klinik aufgenommen, erscheint er

morosus, einsilbig, zeitlich und örtlich ganz desorientirt, faselt von einem Stein im Kopf, den man da (Stirngegend) entfernen müsse. Er giebt an, an dieser Stelle heftigen Kopfschmerz zu haben. Druck und Percussion sind daselbst nicht empfindlich, Temperatur, vegetative Functionen normal. Patient schläft etwas in der Nacht zum 16., klagt neuerdings über Schmerz und Stein im Kopf, bleibt Tags über ruhig, apathisch, verwirrt zu Bett, behauptet, er habe Heilige gesehen, u. A. den heiligen Petrus, ganz weiss gekleidet.

Abends 9 Uhr kommt Patient aus diesem dämmerhaften Zustand zu sich und orientirt sich mit Hilfe des Wärters über die Situation.

Am 17. früh findet man ihn geistig vollkommen klar.

Er weiss nichts von allen Vorkommnissen während seines psychischen Ausnahmszustandes.

Kr. berichtet von ab und zu vorkommenden Anfällen von rechtsseitigem Kopfschmerz, die bis zu 2 Tagen dauern. Sie beginnen mit schwarzen Flecken im Gesichtsfeld, die mit dem Auftreten des Schmerzes schwinden. Er leide während dieser Anfälle an optischer und acustischer Hyperästhesie, habe Uebelkeit, Brechreiz, ohne dass es jedoch zum Erbrechen komme. Dabei sei er arbeitsfähig, aber vergesslich und schlafe schlecht.

Solche Anfälle, an denen auch sein Vater gelitten habe, kehren alle paar Monate wieder, besonders nach Potus, dem er aber nicht übermässig huldige.

Patient ist die folgenden Beobachtungstage ganz geordnet, frei von Kopfschmerz.

Im Status praesens sind weder Zeichen von Alcoholismus noch von Neurasthenie aufzufinden. Auch die Nachforschung nach epileptischen oder hysterischen Antecedentien fällt negativ aus.

Patient hat vor 4 Jahren einen Sturz auf den Kopf erlitten und eine ca. 2 cm lange, leicht verschiebliche Narbe am rechten Arcus superciliaris zurückbehalten, aber diese Narbe ist nicht druckempfindlich und nach seiner Angabe niemals der Ausgangspunkt seiner Kopfschmerzen. Der Augenspiegelbefund ergiebt beiderseits leichte Neuritis optica. Im Uebrigen ist an dem kräftigen Manne nichts Pathologisches aufzufinden. Dem psychischen Ausnahmszustand war Genuss mehrerer Viertel Wein am 14. Abends vorausgegangen. Am frühen Morgen des 15. war Kr. mit rechtsseitigem Kopfweh erwacht. Genesen entlassen am 18. Januar 1896.

Beobachtung 17.

St. M., Wittwe, 36 Jahre, Handarbeiterin, wurde am 30. Mai 1896 Nachts 10½, als irrsinnsverdächtig von einem Wachmann aufs Commissariat gebracht. Derselbe hatte sie auf einem Platz vor der G.-Kirche

sitzend getroffen, wo sie angeblich ihren (verstorbenen) Gatten erwartete, der ihr versprochen habe, sie um 12 Uhr früh abzuholen. Auf dem Commissariat wurde sie unruhig, rief nach ihrem Philipp, der ihr gesagt habe, er werde sie mit dem Kinde abholen. Sie habe ihren 1891 verstorbenen Mann gebeten, zu ihr zu kommen, da alle Welt sie als Diebin bezeichne und auf sie mit den Fingern deute. Sie besitze noch eine 13jährige Tochter, die sich auf ihrer Villa befinde. Sie selbst sei in einem Hotel als Stubenmädchen bedienstet. Im Uebrigen sind von der ganz desorientirten Patientin keine präcisen Auskünfte zu erlangen. Sie ist in fortwährender Aufregung, rauft sich die Haare aus und erwartet mit grösster Ungeduld ihren Philipp.

Auf der Klinik am 31. Mai aufgenommen, ist sie schwer verwirrt, glaubt sich im Hotel, in welchem sie bisher bedienstet war, klagt über heftiges Kopfweh, erwartet angstvoll ihren Philipp und weint, weil er noch nicht kommt.

Die Personen der Umgebung werden als Hotelbedienstete verkannt. Patientin giebt ihr Alter auf 48 Jahre an, glaubt sich im April 1880. Sie klagt, dass man allseitig sie für eine Diebin halte.

Patientin ist afebril, das rechte Os temporale und der angrenzende Theil des Os parietale höchst druckschmerzhaft und der Sitz spontaner Schmerzen.

Nach einer Morphiuminjection schläft Patientin einige Stunden, wird freier, weiss nichts von allem Vorgefallenen, bis auf Kopfschmerzen, orientirt sich, bleibt aber moros, über Kopfweh klagend, zeitlich unklar. Am 2. Juni Menses.

Am 3. Juni, unter neuerlichem heftigem Kopfschmerz wieder ganz unorientirt und delirant. Sie jammert wieder nach ihrem Mann, der viel zu lange ausbleibe, giebt gleichzeitig zu, Wittwe zu sein, ohne einen Widerspruch darin zu finden. Dabei Klagen, dass man sie ungerecht für eine Diebin erklärt habe.

Am 5. Juni wird Patientin lucid. Sie erzählt, dass sie schon oft solche Anfälle von Kopfweh gehabt habe, aber nie so heftig. Es beginne mit Flimmerscotom auf dem rechten Auge, dann komme rechtsseitiger Kopfschmerz, Uebelkeit.

Ihre Hemicranie habe mit 19 Jahren tempore primae menstruationis begonnen.

Ueber ihre Familie und etwaige familiäre Disposition vermag Patientin nur zu berichten, dass die Schwester an Migräne leide, ihre Tochter nervös und eine Cousine epileptisch sei. Die Heftigkeit des diesmaligen Anfalls von Migräne motivirt sie mit einer schweren Gemüthsbewegung. Sie wurde nämlich im Hotel, wo sie bedienstet war, am 22. Mai eines

Diebstahls beschuldigt, ihre Effecten in Gegenwart eines Polizisten durchsucht. Sie hatte sich sehr über diesen Vorfall aufgeregt. Nachdem sie am 23. Mai ein Verhör bei der Polizei zu bestehen gehabt hatte, war ein aussergewöhnlich heftiger Anfall von ophthalmischer Migräne aufgetreten mit mehrstündiger Amnesie. Seither hatte bei ihr ein Status hemicranicus bestanden, mit täglichen Exacerbationen, begleitender psychischer Störung und auch für die Remissionszeiten nicht lückenloser Erinnerung.

Vom 26. Mai erinnert sich Patientin, dass sie ganz verstört über die ihr angethane Kränkung war, dass sie die Absicht hatte, das Grab ihres Gatten zu besuchen, um sich dort auszuweinen, aber vor Kopfschmerz und Flimmern vor dem Auge auf halbem Wege umkehren musste.

Am 27. und 28. war sie etwas freier im Kopf, trug sich mit Gedanken, eine andere Stelle zu suchen. Vom 28. und 29. weiss sie nur wenig zu berichten, u. A. von ihrem Kummer als Diebin zu gelten, von heftiger Migräne. Bezüglich der Tage vom 30. Mai bis 5. Juni fehlt jegliche Erinnerung. Ihr Lucidwerden trat ziemlich plötzlich ein und fiel zeitlich fast zusammen mit der Mittheilung ihrer sie besuchenden Cousine, der Dieb sei eruirt und sie selbst sei wieder unbescholten.

Frau St. blieb bis auf einen leichten Migräneanfall, nach Gemüthsbewegung entstanden am 10. Juni, ganz wohl. Die genaueste Anamnese und Untersuchung vermochte weder hysterische noch epileptische Zeichen aufzuweisen.

Am 30. Juli 1896 wurde Patientin zum zweiten Male der psychiatrischen Klinik zugesendet. Der polizeiärztliche Bericht enthielt nur die Notiz, dass die Patientin sehr aufgeregt sei, nach ihrer „Burg" wolle und ihre sämmtlichen Diener um sich zu haben verlange.

Bei der Aufnahme auf der Klinik ist sie desorientirt, verwirrt, delirant, faselt von ihrer Burg, grossem Besitz, glaubt sich dazwischen in einem Krankenhause, sei daselbst aufgenommen wegen heftigem Kopfweh. Die ihr von früherem Aufenthalt bekannten Räume und Personen erkennt sie nicht. Gesicht sehr blass. Die ganze rechte Gesichts- und Kopfhälfte sehr druckempfindlich. In der Nacht zum 31. etwas Schlaf. Am 31. Mai um 5 Uhr, unter Aufhören des Kopfwehs, kommt Patientin plötzlich zu sich, ist sofort orientirt, berichtet, dass sie seit 27. Juli beschwerdelos menstruirte, am 30. früh mit ihrer Migräne erwachte, mühsam ihren Geschäften nachging, mehrmals erbrach. Um circa $6\frac{3}{4}$ Uhr begann der psychische Ausnahmszustand, für dessen Dauer bis zum 31. Nachmittags Patientin vollkommen amnestisch ist. Der Migräneanfall sei diesmal ungewöhnlich heftig quoad Schmerz gewesen. Sie schreibt dies der grossen Sommerhitze und der Arbeit in der dumpfen

heissen Küche zu. Der vorletzte Anfall von ophthalmischer Migräne vom 12.—13. Juli war ohne alle psychische Störung abgelaufen.

Patientin erhielt bei der diesmaligen Entlassung (3. August) den Rath, praemenstrual 5.0 Kal. Brom. pro die und bei drohendem Anfall 1,0 Phenacetin zu nehmen.

Beobachtung 18.

H. Th., 21 Jahre, Bauersfrau, stammt von einer Mutter, die viel an Cephalaea gelitten hat. Nervenkrankheiten, speciell Epilepsie und Hemicranie sind in der Familie nicht vorgekommen. Patientin war früher gesund, menstruirte vor Jahren zum ersten Mal ohne Beschwerden, seither regelmässig, heirathete vor einem halben Jahre. 2 Monate vorher erkrankte sie an heftigen Kopfschmerzanfällen, die sich seither etwa alle 14 Tage wiederholten.

Eingeleitet wird der Anfall jedesmal von Aengstlichkeit und Bangigkeit. Dann kommen stechende Kopfschmerzen über beiden Augen. Diese Schmerzen sind nun das Hauptsymptom während der 2tägigen Dauer des Anfalls.

Episodisch sieht Patientin graue glänzende Wolken vor den Augen. Diese Erscheinung wiederholt sich mehrmals während der Zeit des Anfalls und fällt mit Exacerbation der Schmerzen zusammen (Status hemicraniae ophthalmicae?)

Patientin fühlt sich sehr unwohl im Anfall, klagt über heftiges Kältegefühl in Händen und Füssen, hat grosses Ruhe- und Schlafbedürfniss, erträgt nicht Licht noch Geräusch und bleibt am liebsten allein im dunklen Zimmer. Sie schläft wohl auch bei Tage ein, empfindet flüchtige Erleichterung davon. Zu Erbrechen kam es nur einmal. Seit einiger Zeit sind diese Anfälle heftiger geworden, gehen mit Bangigkeit einher und dauern bis zu 4 Tagen. Die beiden letzten Anfälle Ende Juli und 11.—14. August waren besonders schwer.

Sie gingen mit psychischer Störung einher, die nach 1—2tägiger Dauer der Kopfschmerzen einsetzte und weitere 2 Tage andauerte. Patientin wurde ganz verwirrt, gab verkehrte Antworten, lachte und weinte ganz unmotivirt. Sie wollte immer davon gehen und konnte nur mit Gewalt davon abgehalten werden. Die Erinnerung war für diesen Zeitraum eine ganz summarische.

Patientin behauptet, seit Beginn ihrer Krankheit vergesslich geworden zu sein. Auch käme es vor, dass sie etwas sage oder thue, von dem sie hinterher nichts wisse. Petit mal-artige Zustände haben aber die Angehörigen nicht beobachtet, auch fehlen alle Anhaltspunkte für die Annahme einer epileptischen oder hysterischen Neurose. Patientin verweilte zur Beobachtung vom 17.—28. August 1896 auf meiner Klinik.

Intelligente Frau, normaler Schädel, Centralnervensystem und vegetative Organe ohne Befund.

Bedeutende Druckempfindlichkeit des 1. linken und des 1. und 2. rechten Trigeminusastes.

Am 17. August durch 1 Stunde heftige stechende Stirnkopfschmerzen.

Am 19. August Menses.

In der kurzen Zeit der Beobachtung war kein weiterer Anfall eingetreten.

Beobachtung 19.

Herr F., 48 Jahre, Kaufmann, stammt aus sehr nervöser Familie, in der jedoch Migräne und Epilepsie bisher nicht vorgekommen sein sollen. Patient war von entschieden neuropathischer Constitution, seit der Jugend beruflich angestrengt, seit etwa 6 Jahren deutlich neurasthenisch. Epileptische und hysterische Antecedentien fehlen durchaus. Schwere Krankheiten hat Patient nie durchzumachen gehabt, speciell nicht Lues. Seit etwa 5 Jahren hat Patient zeitweise, besonders nach beruflicher Anstrengung oder Emotionen, Anfälle von heftigem halbseitigem Kopfschmerz, die Morgens früh beim Erwachen einsetzen und bis Nachmittags dauern. Häufig, aber nicht immer, geht ihnen das Gefühl voraus, als ob ein Schleier vor dem rechten Auge sich befinde. Nie kommt es zu Flimmerscotom. Das anfallsweise Auftreten eines Schleiers vor dem rechten Auge erfolgt häufiger, ohne dass ein Anfall von Kopfweh erfolgte. In diesem besteht Anorexie, leichte Uebelkeit, jedoch kam es nie zu Erbrechen. Seit 2 Jahren, wohl veranlasst durch Sorgen über schlechten Geschäftsgang, sind die Anfälle heftiger und häufiger geworden.

Als Patient seiner neurasthenischen Beschwerden wegen sich entschloss, blos seiner Gesundheit auf dem Lande zu leben, blieben jene aus. So oft er es versuchte, wieder in seinem Berufe thätig zu sein, kehrten sie wieder.

Seit dem October 1893 haben sich zur Zeit solcher Anfälle wiederholt Störungen der Geistesfunktion gezeigt.

Am 9. Januar 1894 sah ich ihn zum ersten Mal in einem solchen Zustand. Er lag zu Bett, war blass im Gesicht, afebril, Puls 56. Das Bewusstsein war schwer gestört. Auf Ansprache reagirte Patient nicht. Er klagte über heftigen linksseitigen Kopfschmerz. Druck in der Gegend des linken Schläfebeins wurde schmerzhaft empfunden. Einen Eisumschlag appercipirte er als steifen Hut und wollte sich desselben entledigen.

Seine Frau gab an, der Anfall sei, gleich den gewöhnlichen, aus dem Schlaf heraus, unter Kopfweh erfolgt. Ihr Mann sinke dann plötzlich zusammen, wisse nichts mehr von sich und phantasire dann gleich

Sein Delir drehe sich um schlechten Geschäftsgang, finanziellen Ruin, in den er verwickelt sei. Er beklage Frau und Kinder, die er um das Vermögen gebracht habe, jammere über seinen Kopfschmerz, verlange ins Spital, aber unentgeltlich, da er nichts mehr habe, sonst müsse er sich umbringen.

Der Anfall dauere so gegen 8 Stunden, endige mit Schlaf, aus dem Patient mit völliger Amnesie für die Vorgänge in der deliranten Zeit, frei von Kopfweh erwache und bis auf eine Sensation von „Hohlsein“ im Kopf sich wohl fühle. Intervallär sei er ohne Beschwerden, falls er sich schone.

Am 9. Februar 1894 hatte ich Gelegenheit, einen dem früheren typisch gleichen Anfall zu beobachten. Patient jammerte über seinen Kopf, war auf Druck und Percussion höchst empfindlich in der linken Schläfegegend, verlangte stürmisch ins Spital, sonst geschehe ein Unglück, war ganz unorientirt über seine Lage, kannte die Umgebung nicht, stöhnte stundenlang vor sich hin.

Dieser Anfall soll bis zum 10. Februar Nachmittags gedauert und sich plötzlich, diesmal ohne Schlaf, gelöst haben.

Für die Zeit des Anfalls bestand völlige Amnesie.

Intervallär bot Patient bis auf leichte neurasthenische Beschwerden nie etwas Pathologisches.

Ich gab nun 3.5 Natr. brom. und 1.0 Antipyrin pro die und erfuhr 1895, dass Patient, der von der Leitung seines Geschäftes sich zurückgezogen habe, von neuerlichen Anfällen seiner Krankheit verschont geblieben sei.

Beobachtung 20.

Am 13. Mai 1895 erschien in meiner Sprechstunde ein 15jähriger Schüler in Begleitung seiner Mutter, die, gleichwie ihr Mann, an Migräne leidet. Mit 11 Jahren stellte sich auch bei dem Sohn das Leiden der Eltern ein und zwar zunächst als gewöhnliche Hemicranie.

Seit 6 Wochen hat sich bei ihm die Migräne mit Flimmerscotom vergesellschaftet und ist ungewöhnlich heftig geworden. Sie stellt sich alle paar Tage ein, dauert aber nur etwa $1^{1}/_{2}$ Stunden.

Gleich mit dem ersten Anfall der Migraine ophthalmique, die nun auch angeblich mit Hemiopie einhergeht, stellten sich ganz sonderbare psychische Reactionserscheinungen ein. Patient ist, solange der Anfall dauert, wie „toll“, es ist mit ihm „nicht zu verkehren“.

Er „tobt und wüthet“, zerschlägt und zerreisst, was ihm nur in die Hände fällt, stösst sich den Kopf an die Wände, bis er blutet, beisst sich in die Hand. Für das im Anfalle Vorgekommene besteht vollständige Amnesie. Patient ist ein riesiger Dolichocephalus, der Schädel deutlich rachitisch. Er war von Kindsbeinen auf nervös, reizbar, jähzornig. Alle Hinweise auf Epilepsie fehlen völlig. Auch in der Ascendenz und Blutsverwandtschaft giebt es keine Epileptiker. Die Stirne ist

confusionirt. Mein Rath, den Kranken der Klinik zu übergeben behufs Feststellung der Diagnose, wurde acceptirt, aber nicht befolgt. Das psychische Verhalten dieses degenerativen Individuums scheint mir Reactionserscheinung auf den Migräneschmerz, aber dieselbe ist ganz absonderlich und mindestens als pathologischer Affect zu bezeichnen.

Beobachtung 71.

P., 17 Jahre, Conditorlehrling, hat einen asymmetrischen, submikrocephalen (53 cm) rachitischen Schädel.

Muttersmutters Schwester endigte durch Suicidium. Mutters Schwester litt seit der Kindheit an simpler Migräne. Seit dem Klimacterium bekam sie auf der Höhe besonders intensiver Migräneanfälle solche von Bewusstlosigkeit ohne Krämpfe, in der Dauer von 2 Stunden.

Deren Sohn leidet an typischer Migräne.

Patient selbst war gut begabt, hat aber seit dem 15. Jahr alle 8—14 Tage Migräneanfälle, beginnend frühmorgens beim Erwachen mit Drehschwindel und Erbrechen, welche Symptome etwa 5 Minuten dauern. Dann kommt acustische Hyperaesthesie, bifrontaler stechender Kopfschmerz und plötzliches Kraftloswerden beider Oberextremitäten, die gefühllos werden von der Peripherie bis zu den Schultern herauf; neigt Patient den Kopf nach vorwärts, so kommt es sofort zu Erbrechen. Gegen Mittag endigt der Anfall. Intervallär ist Patient ganz wohl.

Am 6. Januar 1896 war wieder ein solcher Anfall Mittags vorüber.

Am 7. Januar Abends ertheilte ihm der Geschäftsführer einen Verweis und gab ihm einen leichten Schlag auf den Hinterkopf. Patient war darüber sehr erregt, empfand einen leichten Druckschmerz am Hinterkopf, aber nicht den gewöhnlichen Stirnkopfschmerz des Migräneanfalls. Er legte sich bald zu Bett, schlief einige Zeit unruhig, erwachte in der Nacht zum 8. Januar, äusserte lebhafte Angst vor ihm unbekannten Männern, die ihn berauben, erschlagen, verbrennen wollten.

Auf das Commissariat gebracht, war Patient schreckhaft, klagte über Männer, die ihn mit Drohungen obigen Inhalts verfolgen, mit Messern, Stangen über ihn herfallen wollen. Er wolle die Sache der Polizei anzeigen und dann recht weit hinein nach Italien flüchten.

Im Spital stat. idem bis 8. Abends, dann plötzliche Lösung der Psychose und volle Lucidität. Patient hat summarische Erinnerung für seine Krankheitserlebnisse — er sah Männer in drohender Haltung, die ihm mittheilten, sie würden ihn erschlagen und verbrennen.

Er erinnert sich nur dunkel seiner Verbringung ins Krankenhaus. Während der ganzen Dauer des hallucinatorischen Delirs habe er keinen Kopfschmerz, überhaupt keine Symptome seines Migräneanfalls gehabt. Dieser Anfall von Delir sei der erste in

seinem Leben gewesen. An Patient sind in der Folge keine Krankheitssymptome zu ermitteln. Er hat keine Stigmata hysteriae, auch keine epileptische Antecedentien und wurde nach wenigen Tagen entlassen.

Auch die vorausgehende, die Beobachtungen 11—21 umfassende Casuistik giebt keine Gewissheit, dass es eine eigene Psychosis transitoria hemicranica giebt.

Fall 11 möchte ich als symptomatische Hemicranie (sensibler Jackson!) mit folgendem postepileptischem Aufregungszustand ansprechen.

Auch 12 (epilepsieverdächtige anamnestische Thatsachen — Convulsionen in der Kindheit, Somnambulismus) ist als psychisch epileptisches Aequivalent deutbar.

Fall 14 ist durch mehrmalige Dämmerzustände ebenfalls epilepsieverdächtig. Die posthemicranischen hallucinatorisch-deliranten Zustände sind von zweierlei Charakter, die einen $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde dauernd, mit Amnesie, die anderen 3 Tage während, ohne Erinnerungsdefekt. Die ersteren können epileptische Bedeutung haben, wobei die übrigens simple Hemicranie der Agent provocateur gewesen sein könnte; die letzteren mögen in einer Beziehung zum hemicranischen Anfall stehen, in der reaktiven Weise, wie sie Verf. zu erklären sucht.

Fall 15 glaube ich als epileptisches psychisches Aequivalent ansprechen zu dürfen, zumal da die Hemicranie später dem psychischen Insult gleichwerthige Anfälle von epileptischer Marke (Schlafanfälle, solche mit Convulsionen, Dämmerzustände mit Deambulatio und schreckhaften Gesichtshallucinationen) auslöst.

Ueberdies sind die Hallucinationen im letzten Anfall dem 1. anscheinend hemicranischen congruent.

In den übrigen Fällen schwindet die klinische Basis der epileptischen Neurose.

Davon könnte Beobachtung 17 ein blosses Affectdelir sein, das sich neben einer Hemicranie praemenstrual abspielte, wenigstens giebt es genug solcher Fälle ohne hemicranische Complication.

Im 2. freilich inhaltlich (Grössendelir) ganz anders gearteten Anfall fehlen alle Beziehungen zu einem Affect und ist ein möglicher Zusammenhang der Psychose mit Hemicranie nicht auszuschliessen.*)

*) Während des Druckes dieser Arbeit kam Patientin neuerlich (21. December 1895) zur Aufnahme auf der Klinik, wesentlich im gleichen Zustande (transitorische Geistesstörung und Hemicranie) wie die beiden ersten Male. Diesmal gelang aber der Nachweis einer hysterischen Neurose (l. Hemianaesthesie, l. Ovarie, l. starke concentr. Gesichtsfeldeinschränkung als Dauersymptome, r. Ovarie, r. Hemihyperalgesie, Clavus hyster., Insulten) sodass mögliche Beziehungen der transitorischen Psychose zur hysterischen Neurose nicht von der Hand zu weisen sind, zumal da eine neuerlich aufgenommene Anamnese frühere Lethargieanfälle wahrscheinlich macht.

Fall 19 (nihilistisches Delir auf der Höhe hemicranischer Anfälle) lässt eine Beziehung zu dieser Neurose zu. Das „Wie" ist fraglich, möglicherweise durch den körperlichen Schmerz provocirtes Affectdelir.

Fall 20 gestattet kaum eine andere Deutung als die einer psychischen Reaction auf den Schmerz im Sinne eines pathologischen Affects.

Fall 21 (simple Hemicranie, 1 Tag nach deren Ablauf, im Anschluss an einen Affect, hallucinatorisches schreckhaftes Delir) findet seine einfachste Erklärung unter der Annahme eines Affectdelirs.

Es bleiben als unanfechtbare Beispiele von mit Migräne und zwar ophthalmischer in engem klinischen Zusammenhang stehenden Fällen nur Beobachtung 13, 16, 18 übrig. In 13 besteht Verwirrtheit mit Gesichtshallucinationen, in 16 ein Dämmerzustand mit religiösen Delirien, in 18 Verwirrtheit.

Daraus lassen sich keine sicheren ätiologisch-klinischen Schlüsse ziehen. Die Aehnlichkeit mit gewissen psychisch epileptischen Bildern ist nicht zu verkennen.

Wäre die These der epileptischen Bedeutung der ophthalmischen Hemicranie (Féré) erwiesen, so würden auch jene Fälle als psychische Aequivalente anzusprechen sein.

V.

ZUR „INTERMITTENS LARVATA".*)

*) Wiener med. Presse, 1892, 1.



Am 15. Februar 1889 wurde A. S., Arbeiter aus Krain, auf die Grazer Nervenklinik wegen angeblicher Epilepsie aufgenommen.

Patient ist 29 Jahre alt, unbelastet, kein Potator. In der Jugend gesund, keine Fraisen. Keine epileptischen Antecedentien. Vor 5 Jahren Rheumatismus articulor. acutus mit Endocarditis (restirende Insuff. valvul. mitralis). Im August 1886 erkrankte Patient in Laibach an Febris intermittens (Tertiana). Er lag 3 Monate deshalb im Spital, bekam vorübergehend Chinin. Die Anfälle wurden seltener und schwanden gänzlich. Sie waren niemals mit Delirien oder epileptischen Insulten complicirt gewesen. Er blieb gesund bis zum Juni 1888. Da kehrte das Fieber wieder, Anfangs nur 2—3 mal im Monat.

In einem solchen Fieberanfall stürzte er in einen Canal und trug eine leichte Verletzung am r. Processus mastoideus davon. Seit diesem Sturz Abnahme der Sehkraft, zeitweises Flimmern und Schwarzwerden vor den Augen.

Zwei Tage nach dem Sturz (Ende Juni 1888) Anfall von bewusstlosem Hinstürzen. Dauer 1 Minute. Keine Krämpfe.

Nach 1 Monat zweiter ähnlicher Anfall.

Im August 2 Anfälle.

Im September Anfälle fast täglich mit postparoxysmalen Dämmerzuständen von Minuten bis zwei Stunden Dauer. Dabei Delirien. Patient sah sich in einem schönen Garten, sah viele Wägen, mit Schimmeln bespannt. Patient hatte für diese Erlebnisse des Deliriums nur höchst summarische Erinnerung.

Seit 14 Tagen will er täglich neben diesen Anfällen auch an solchen von Fieber gelitten haben.

Patient geht fieberlos zu. Er ist gross, kräftig, anämisch, in der Ernährung reducirt.

Schädel normal. Am r. Processus mastoideus eine 2 Cm. lange, horizontale, auf Druck nicht schmerzende Hautnarbe, mit einem kleinen hygromartigen Gebilde. Die Anfälle gehen nie aurartig von dieser Stelle aus. Gehirnnerven normal. Geringer Grad von Amblyopie. Sehfeld nicht eingeengt. Farbenempfindung intact. Augenspiegel negativ. Sensibilität normal. Keine Stigmata hysteriae. Milz vergrössert. Sonst

keine vegetativen Anomalien. Urin ohne Albumin und Zucker. Ord. 5.0 Bromkali pro die.

17. Februar. Patient klagt über Frieren, springt aus dem Bette, stürzt bewusstlos zu Boden, bietet einige Minuten clonische Krämpfe in allen Extremitäten, erscheint dann noch eine Weile dämmerhaft.

19. Februar. Heute 3 Anfälle — 17, hintereinander. Danach 1 Stunde delirant (meint, er sei auf einem Ball, hört schöne Musik, wähnt sich dann in einer Kirche, betet. Dann schreckhaftes Delirium — verkriecht sich unter's Bett).

Temp. im Beginn der Anfälle 38.5, Abends 39.7. Milz stark geschwellt.

21. Februar. Ohne Aura heute 5 Anfälle mit 1/4 Stunde Intervall nach dem 3. Anfall. Im Anschluss an den 5. schreckhaftes Delirium (Patient schlägt wie wüthend um sich und bäumt sich auf mit stierem Blick).

Dann kurzes Stadium mit tonischer Starre der Extremitäten mit folgendem schreckhaften Delirium (Sichverkriechen unter's Bett), aus welchem Patient rasch zu sich kommt.

28. Februar. Abortiver Anfall mit folgendem Delirium (glaubt sich bei einer Tanzmusik, wird dann ängstlich, sieht sich von einer Menge Menschen verfolgt, meint in einen Abgrund zu stürzen).

Keine Temperaturerhöhung.

3. März. Patient wird heute plötzlich bewusstlos, stiert vor sich hin. Darauf blindes Umsichschlagen, Aufbäumen, Hin- und Herschleudern des Körpers. Augen geschlossen. Ab und zu Zähneknirschen. Wird dann ruhiger, murmelt vor sich hin, delirirt davon, dass er Geld gestohlen habe, angezeigt sei. Er glaubt sich in einem Gebüsch, schreckt plötzlich vor einem Mann, der ihn schlagen will, zurück. Er glaubt sich in Triest, wird allmälig ruhig und lucid. Solcher Anfälle werden 8 hintereinander beobachtet. Vor dieser Serie klagt er über Frösteln.

Temp. 36.8. Nach den Anfällen 39.0, bis Abends auf 38.7 zurückgehend.

7. März. Heute 2 Anfälle, Dauer 4—6 Minuten, angeblich mit völliger Extremitätenstarre. Temp. 38.0.

8. März. Temp. 6 Uhr früh 36.3. Um 7 Uhr 2 Anfälle, darauf 38.8. Von heute an täglich 0.3 Chinin.

12. März. Temp. 7 Uhr früh 37.8, kurz vor Anfällen gemessen, deren 4 von 7—8 Uhr mit Delirium beobachtet werden.

Milz vergrössert (13.5 Cm. lang, 12 breit). Temp. um 8 Uhr früh 39.7, Nachmittags 4 Uhr 38.5, Abends 36.7.

15. März. Heute aus vollem Wohlbefinden Anfälle von 2—5 Uhr Nachmittags. Temp. früh 36.8, um 2 Uhr 37.5, 4 Uhr 39.5, 6 Uhr 38.2.

Der Anfall beginnt mit Frösteln. Nun Verlust des Bewusstseins, Zähneknirschen, allgemeine tonische Starre, darauf kurzes Aufbäumen

Opisthotonus, Kissenbohren, Pusten, Blasen. Bulbi nach oben fliehend, anästhetisch. Pupillen maximal erweitert, nicht reagirend, krampfhafte Respiration, unarticulirte Laute. Nach kurzer Pause neuer Insult, eingeleitet durch schreckhaftes Umherblicken. Nun wieder Zähneknirschen, allgemeine Starre; die Wangen blähen sich bei der Exspiration segelartig auf, zeitweise clonischer Krampf im 2. und 3. r. Facialis. Nach einigen Minuten ist der Krampf vorüber. Nun tiefer Traumzustand mit Delirium. — Patient rafft Polster und Bettdecken zusammen, verkriecht sich mit weit aufgerissenen Augen unter das Bett. Man holt ihn hervor. Er faselt von einem Manne, der ihn schlage, schaut angstvoll nach dem Plafond; frequente Respiration, Puls weich, dicrot, 108. Schüttelfrost.

Patient bleibt noch eine Weile delirirend (faselt von einem Manne, der ihn schlagen will, von Sturmwind, Musik, Brücke, von der man ihn hinabstossen will). Milz stark vergrossert. Endlich Ruhe, Schlaf.

16. März. Temp. 37,5—36,3. Kopfweh. Milz detumescirt. Von heute an 1,0 Chinin. bisulf. pro die.

17. März. Heute 2 Anfälle mit anschliessendem Delirium, aber ohne Temperatursteigerung und ohne Milzschwellung.

1. April. Unter 0,5 Chinin pro die keine Anfälle mehr. Völlige Euphorie. Temp. nie über 36,8. Milz nicht vergrössert. Entlassung.

Neue Aufnahme 10. April 1889.

Seit 3 Tagen wieder Anfälle. Patient hat heute 2, am 11. April 3 Insulte. Vom 11. ab täglich 1,0 Chinin. Milz wieder geschwollen.

Der erste Anfall beginnt am 11. April um 6 Uhr früh. Temp. 38,9, Mittags 2 Uhr 40,0, auf 1,0 Chinin um 4 Uhr vorübergehend 37,0, Abends 8 Uhr 38,4, 11 Uhr 38,1.

Anfall ganz wie am 15. März, jedoch episodisch Schaum vor dem Munde, Daumen eingeschlagen, bei allgemeiner Gliederstarre.

Solcher Anfälle 3 mit jeweils folgendem Delirium (an dem Plafond erscheint ein Mann, der Patient erstechen will; er flüchtet unter's Bett, das Haus, das Bett brennen, grosser Sturmwind, der Patient fortzutragen droht).

12. April. Heute 1 milder Anfall. Temp. maximal 39,4. Milz stark geschwellt.

13. April. 4 Anfälle. Temp. bis 39,4. Nach denselben dämmerhaft, tief verstimmt. Er wolle lieber heute als morgen zu Grunde gehen. Er versucht sich den Schädel an der Wand einzurennen und den Kopf in den Abortschlauch zu zwängen. Amnesie für Alles in der Folge.

15. April. Milz noch geschwellt. Heute 1 Anfall. Temp. 40,5.

18. April. Von heute an Chinin 0,5 und Sol. Fowler. gtt. 10—20

23. April. Bisher Euphorie, Temp. unter 37.0. Heute Abends 6 Uhr Temp. bis 38.5 mit Milzschwellung. Die nervöse Reaction auf Schwindel und Makropsie beschränkt.

27. April. Heute leichter Fieberanfall (38.7) mit Kopfweh, Hitze, Schmerzen in der Milzgegend, wässerigem Erbrechen.

3. Mai. Euphorie, Milzdämpfung normal. Temp. andauernd unter 37.0. Chinin bleibt weg; noch täglich 16 gtt. Fowler.

12. Mai. Volles Wohlbefinden. Absque medicatione.

15. Mai. Patient nicht länger zu halten. Keine Symptome mehr. Entlassung. Genesung erhält sich.

Epikrise. Der vorstehend skizzirte Krankheitsfall bietet nach mehrfacher Richtung klinisches Interesse. Er lässt sich symptomatologisch als epileptoide Hirnneurose bezeichnen. Von entscheidender Bedeutung erscheint seine ätiologische Begründung.

Bis zur Klarstellung der Anamnese liess sich an traumatische Epilepsie denken, und da die Anfälle in Ablauf und Symptomendetails, sowohl motorisch als psychisch Vieles gemein mit Hysteroepilepsie hatten, auch an diese Neurose.

Beide Möglichkeiten liessen sich bald ausschliessen. Das Geknüpftsein der Anfälle an die einer Febris intermittens ergab sich sofort bei eingehender klinischer Beobachtung. Sie larvirten die Symptome des Fieberanfalles, der sie gewöhnlich überdauerte. Die neurotischen Symptome (Krämpfe, Delirium) sind nicht durch das Fieber als solches bedingt, jedenfalls lässt sich das Delirium nicht als febriles ansprechen, denn seine Intensität entspricht nicht der des jeweiligen Fiebers. Die Anfälle am 28. Februar und 17. März verliefen sogar ohne Temperatursteigerung. Die Ursache kann somit nur in toxischen Einflüssen gesucht und gefunden werden.

Interessant ist, dass das centrale Nervensystem bei dem Malariakranken erst nach einem Trauma capitis anlässlich Fieberanfällen mitafficirt wird. Das Trauma scheint das Gehirn in seiner Widerstandskraft gegen das toxische Agens geschwächt zu haben, in analoger Weise, wie wir dies bezüglich des Alkohols wissen und auch hinsichtlich der Lues, die vielfach erst nach einem Trauma oder sonst einem Insult sich im Centralnervensystem lokalisirt.

Die Anfälle sind Anfangs unvollkommen entwickelt, von tertianem Typus, der eine Zeit lang durch die Therapie beeinflusst wird, dann Neigung zum quotidianen zeigt. Therapeutisch erscheint Anfangs Chinin ausreichend, um die nervösen und pyretischen Anfälle zu hemmen, aber erst Arsen vermag Genesung herbeizuführen. Es ist bemerkenswerth, dass zuerst die nervösen Insulte schwinden und dann die Fieberanfälle.

Leider wurden im geschilderten Falle Blutuntersuchungen unterlassen. Sie dürften in künftigen Fällen für Pathogenese und Diagnose von grossem Werth sein. Krankheitsfälle von sog. Intermittens larvata sind ziemlich selten in unseren Gegenden, wenn man von solchen von Fieberdelirium absieht.

Sie erscheinen auf der Acme des Fiebers (furibundes, angstvolles Delirium, transitorische Manie) oder vicariirend für einen Intermittensanfall (Intermittens larvata stricte sic dicta).

Die ziemlich zerstreute Literatur findet sich bei: Wunderlich, Handb. IV, p. 468 (Uebersicht der älteren Literatur); Canstatt, Handb. d. med. Klinik I, p. 391; Griesinger, Virchow's Handb. II, 2, p. 329; Focke, Zeitschr. f. Psychiatrie, V, p. 376 (M. intermittens mit religiös-dämonomanischem Inhalt); Flemming, Path. u. Therapie d. Psychosen, p. 87 (heftige quotidiane Anfälle von Präcordialmelancholie); Nockher, Med. Ver.-Ztg. 1845, Nr. 32; Zeitschr. „Irrenfreund" 1868, Nr. 1; Horn's Archiv f. med. Erfahrg. 1813, Januar, Februar; Henke, Zeitschr. f. Staatsarzneikunde, 1834, Heft 2; Erhardt, Zeitschr. f. Psychiatrie, XXIII, p. 87; Champouillon, Gaz. des hôpitaux, 1857, Nr. 81; Wallner, Schmidt's Jahrb. d. Med. Bd. 180, Nr. 10; Schwartzer, Transitor. Tobsucht, Fall 14.

Druck von C. Grumbach in Leipzig.

ARBEITEN AUS DEM GESAMMTGEBIET
DER PSYCHIATRIE UND NEUROPATHOLOGIE.

II. HEFT.



ARBEITEN AUS DEM GESAMMTGEBIET

DER

PSYCHIATRIE UND NEUROPATHOLOGIE

VON

R. v. KRAFFT-EBING.

II. HEFT.



LEIPZIG
JOHANN AMBROSIUS BARTH
1897.

Inhalt.

		Seite
1.	Die Aetiologie der progressiven Paralyse	1
2.	Ueber Vertäuschung organischer Erkrankungen des Nervensystems durch Hysterie	25
	Einleitung	27
	Hysterische Hemiplegien	30
	Pseudoparesis spastica	64
	Paraplegia hysterica	82
	Vertäuschung von multipler Sklerose	106
	Vertäuschung von Tabes dorsalis	121
3.	Zur Athetosis bilateralis	129
4.	Varia	152
	Gutachten des k. k. obersten Sanitätsrathes bezüglich der gesetzlichen Regelung des Hypnotismus in Oesterreich	153
	Gutachten über die Berechtigung des spiritistischen Vereins in . . . zur Anwendung des Hypnotismus	161
	Zur Verwerthung der Suggestionstherapie bei Psychosen und Neurosen	165
	Zur Suggestivbehandlung der Hysteria gravis	181
	Ueber Paraldehyd-Gebrauch und Missbrauch, nebst einem Falle von Paraldehyddelirium	186
	Ein Fall von Paraplegia brachialis	192
	Ueber Drucklähmung von Armnerven durch Krückengebrauch	196
	Eine Diagnose auf Tumor in der Grosshirnschenkel-Haubenbahn	201
	Zur Kenntniss der primären Rückenmarksblutung	205



I.

DIE AETIOLOGIE DER PROGRESSIVEN PARALYSE.*)

---

*) Entwurf eines Vortrags für den internationalen medicinischen Congress in Moskau.



Wir befinden uns an der Neige eines Jahrhunderts, das in der Geschichte menschlicher Evolution einzig dasteht. Soviel geistige Arbeit ist jedenfalls in keinem der vergangenen Jahrhunderte geleistet worden. Auf allen Gebieten menschlichen Schaffens und Strebens hat das zu Ende gehende Säculum einen Fortschritt inaugurirt, der nach einzelnen Richtungen ein geradezu überstürzter war und den Zeitgenossen kaum die nöthige Sammlung und Anpassung an neue sociale Daseinsformen und Lebensbedingungen ermöglichte.

Es sei in dieser Hinsicht nur auf die colossalen Umwälzungen hingewiesen, welche Handel und Verkehr, Gewerbe und sociales Leben erfahren haben, indem der Menschengeist zwei gewaltige Naturkräfte in Gestalt des Dampfes und der Elektricität sich dienstbar zu machen vermochte.

Für All das, was wir als Civilisation und Culturfortschritt schätzen, hat das Gehirn der Menschen des 19. Jahrhunderts ein äquivalentes Maass von Arbeit leisten müssen. Wenn man auch zugeben muss, dass Uebung und Anpassung allmälig ein Organ zu höheren und ausgiebigeren Leistungen befähigen, so lässt sich doch nicht bestreiten, dass die übermässige Inanspruchnahme des Centralnervensystems in einem Jahrhundert, das an socialen Evolutionen und Umwälzungen, sowie an sich überstürzenden Erfindungen seines Gleichen sucht, das Gehirn unzähliger Menschen empfindlich geschädigt und gegen krankmachende Einflüsse widerstandsunfähig gemacht hat.

Aber die geänderten gesellschaftlichen, speciell die politischen, mercantilen, industriellen, agrarischen Verhältnisse wirken ihrerseits wieder zurück auf die in ihnen Lebenden. Sie beeinflussen bürgerliche Stellung, Beruf, Besitz, und zwar auf Kosten des Nervensystems, das gesteigerten socialen und wirthschaftlichen Anforderungen durch vermehrte Verausgabung von geistiger Kraft bei vielfach ungenügendem Ersatz gerecht werden muss.

Das Schlagwort der modernen Civilisation, der „Kampf ums Dasein" ist keine leere Phrase, vielmehr ein die körperliche und geistige

Gesundheit der Massen tief und ungünstig beeinflussender Factor. Er ist gleichbedeutend mit einem Concurrenzkampf, nicht blos der Individuen, sondern auch ganzer Völker auf mercantilen, industriellen und agrarischen Gebieten.

Die enorme Entwicklung der Verkehrsmittel macht die fernsten Länder concurrenzfähig, entwerthet die Bodenproducte Europa's durch überseeischen Import, entfremdet dadurch die Landbewohner dem nicht mehr genügenden Ertrag bietenden Ackerbau, drängt sie in die Städte und damit in die Verhältnisse eines antihygienischen Fabriklebens, das überdies in socialer und sittlicher Hinsicht bedenkliche Consequenzen hat. Dadurch sind Millionen von Menschen, die früher ein zwar einfaches, aber gesundes und sicheres Dasein hatten, zu Sclaven der Civilisation geworden, in den Dienst maschinellen und grosskapitalistischen Getriebes gestellt, in ihrem Geschick abhängig von internationalen Handelsbilanzen, Constellationen des Weltmarktes, denn nur das Grosskapital und die Association sind heutzutage noch concurrenzfähig.

Aber auch das Kleingewerbe ist massenhaft zu Grunde gegangen. Nicht dem Grosskapital ist es erlegen, wie thörichter Weise so viele Proletarier glauben, sondern Naturkräften in Gestalt des Dampfes und der Elektricität, die Massenproduction gestatten und dabei besser und billiger arbeiten, als es die unvollkommenen Behelfe des Kleinbürgers vermögen.

Damit sind aber unzählige Menschen genöthigt, im aufreibenden Werkstätten- und Maschinendienst ihre Existenz zu fristen.

Indem Millionen von Proletariern erstanden sind, die, unzufrieden mit ihrer Lage, dem Kapital als solchem ihren Pauperismus zur Last legen, entstand Unzufriedenheit der Massen, Drang nach Aenderung der Besitz- und der gesellschaftlichen Verhältnisse im Sinne des Socialismus und des Anarchismus. Aber auch die Fabrikanten und Kaufherren sind nicht immer glückliche Besitzer. Sie sind beständig genöthigt, im Wettbewerb des Weltmarktes ihre Kräfte anzustrengen und dabei von Massenzuständen, Handels- und Zollconjuncturen, Unsicherheit der Weltlage und des Besitzes bedroht. Indem heutzutage die Menschen nach den Städten sich drängen und die Emporien des Handels und der Fabrikthätigkeit übervölkern, erschweren sie sich gegenseitig den Kampf ums Dasein. Hygienisch ungenügende Wohnungen, Theuerung und Verschlechterung der Nahrungsmittel sind die nothwendige Folge dieser Uebervölkerung der Städte und als weitere Consequenzen: ungenügende Ernährung der Massen, Scrophulose, Tuberculose, Rachitis. Als Ersatz für schlechte, unzureichende Nahrung greift der Proletarier zur Branntweinflasche und giebt damit den Anstoss zu eigenem und seiner Descen-

derten Nervenwachsthum. Die vermehrte Arbeit bringt aber auch den Anspruch auf ein genussreicheres Dasein. Die fortschreitende Civilisation hat das Leben bedürfnissreicher gestaltet. Auch dafür muss das strapazirte Gehirn des Culturmenschen aufkommen.

Unzählige Menschen macht der Kampf ums Dasein, richtiger wohl Genusssucht und Geldgier, zu rücksichtslosen Strebern. Man sieht sie in beständiger fieberhafter Erregung auf ihrer Jagd nach Gelderwerb, mit Einsetzung aller physischen und geistigen Kräfte, unter Benutzung aller Hülfsmittel, wie sie eine überhastete Culturentwicklung an die Hand giebt.

Ein derart strapazirtes Nervensystem hat aber ein grosses Bedürfniss nach Genuss- und Reizmitteln. Der ins Ungemessene steigende Verbrauch solcher in Gestalt von Caffee, Thee, Alkohol, Tabak in allen Culturländern ist ein Maasstab für die Bedeutung dieses Auswuchses der Civilisation.

Mit den geschraubten Existenzbedingungen der Neuzeit wird aber auch die Schwierigkeit, einen eigenen Heerd zu gründen, eine immer grössere. Die Folge davon ist Cölibat oder verspätete Eheschliessung.

Daraus resultirt ausserehelicher Geschlechtsverkehr, fast ausschliesslich in Gestalt der Prostitution, mit allen daraus entstehenden Gefahren für Leib und Seele.

Die Verschlechterung der Aussichten, durch die Ehe eine Versorgung zu finden, bringt aber auch das Weib in der modernen Gesellschaft in eine schiefe Position.

Für das Mädchen aus den höheren Ständen entsteht daraus die Nöthigung, durch Ergreifen eines seine materielle Existenz sichernden Berufes ein Aequivalent für die ihm vorenthaltene Versorgung durch die Ehe zu finden.

Zu solchem Streben vermöge seiner Organisation nicht oder noch nicht befähigt, muss das Weib seine wichtige Entwicklungszeit auf Schulbänken versitzen und sich unverhältnissmässig anstrengen, um mit dem Manne social und geistig in Wettbewerb zu treten und eine berufliche Existenz sich zu erkämpfen.

Nicht minder beklagenswerth ist die Existenz des jungen Mädchens aus dem Volke, das um wahre Hungerlöhne im Fabriksaal oder an der Nähmaschine seine Existenz fristen muss und endlich vielfach der Prostitution anheimfällt.

Ein nicht zu übersehender Factor für die Schädigung der Volksgesundheit ist die Aenderung früherer patriarchalischer Regierungsformen im Sinne moderner politischer Zustände, in welchen die Individualität zur Geltung kommt und der Ehrgeiz entfesselt wird.

Das öffentliche Leben der Gegenwart mit seinen politischen Aufregungen, Wahlkämpfen u. s. w. mag eine nothwendige und berechtigte Folge der socialen Entwicklung sein, aber vom Standpunkt der Volksgesundheit ist es eine Schädlichkeit, denn es zieht den Mann ab von Beruf und Familie, stört und zerstört das Familienleben und ist mit eine Ursache für den Missbrauch des Alkohols in der modernen Gesellschaft.

Es ist unmöglich, im Rahmen eines Vortrags alle die Schattenseiten unseres Culturlebens hervorzuheben und sie auf ihre Bedeutung als ätiologischer Factoren hinsichtlich der Entstehung der progressiven Paralyse hin zu prüfen.

Auch ohne Pessimist zu sein, muss man zugeben, dass der sociale Organismus krankhafte Züge an sich trägt. Erscheint uns doch der moderne Europäer vielfach als ein blasirter, mit sich und der Welt unzufriedener, in seiner Ethik und Religion zerfahrener, an dem Bestehenden nörgelnder, zur Aenderung der gesellschaftlichen Zustände hindrängender, von Furcht vor der ungewissen Zukunft angekränkelter Mensch.

Alle diese Züge lassen sich auf eine Desequilibration seines Nervensystems zurückführen und es giebt zahlreiche Schwarzseher, die eine weitere Verschlechterung der Nervengesundheit prognosticiren und, unter einseitiger Hervorhebung der Schattenseiten unserer Culturentwicklung, unser Jahrhundert als das „nervöse" bezeichnen möchten.

Es ist höchst wahrscheinlich, dass die übermässige Inanspruchnahme geistiger und physischer Kräfte in dem zur Neige gehenden Jahrhundert, das in sich überstürzender Weise gleichsam nachholte, was vergangene in träger, oft stagnirender Entwicklung versäumt haben, von einer Zeitperiode relativer Ruhe gefolgt sein wird. In dieser mag eine Anpassung an geänderte Lebensbeziehungen, eine friedliche, natürliche Ausgleichung socialer und nationaler Gegensätze, eine Angewöhnung und Correctur hinsichtlich stürmisch eingetretener gesellschaftlicher Veränderungen sich vollziehen.

Ist doch die Möglichkeit jeglichen Fortschritts von dem Gehirn abhängig und gerade die Anpassungsfähigkeit dieses Organs an geänderte Verhältnisse eine unbegrenzte!

Für den Arzt und Forscher, der mitten in einer solchen socialen und geistigen evolutiven Bewegung steht, ist es von hohem Interesse, Krankheitserscheinungen näher ins Auge zu fassen, die mit sociologischen Verhältnissen des zu Ende gehenden Jahrhunderts in einem offenbaren genetischen Zusammenhang stehen. Neben der sogenannten Neurasthenie, der an dieser Stelle als Culturkrankheit des Jahrhunderts

nur gedacht sein mag, gebührt der progressiven Paralyse in diesem Sinne eine ganz hervorragende Stelle.

Die Berechtigung in einer allgemeinen Sitzung eines der letzten internationalen medicinischen Congresse dieses Jahrhunderts die Frage der Aetiologie dieser unheilvollen Krankheit zu erörtern, schöpfe ich daraus, dass sie vor 100 Jahren fast unbekannt war, während sie von Jahrzehnt zu Jahrzehnt fast allenthalben in geradezu unheimlicher Weise zunimmt, sodass sie heutzutage bereits jeder Laie kennt. Angesichts dieser Thatsachen kann man sich dem Eindruck nicht verschliessen, dass diese Krankheit, ein wahres Schreckgespenst für den Culturmenschen, in ungünstigen Einflüssen des Culturlebens ihre Begründung findet, Einflüsse, die jedoch bei der bisherigen Unsicherheit hinsichtlich der Aetiologie der Krankheit, nur vermuthet, nicht aber nachgewiesen werden konnten.

Zur endgiltigen Feststellung ihrer Ursachen bedarf es offenbar des Zusammenwirkens von Forschern aus den verschiedensten Ländern und auf verschiedenen Wissensgebieten, wie sie eben nur ein internationaler medicinischer Congress zusammenbringt.

Gestattet sei noch der Hinweis darauf, dass, wenn man von einem nicht ganz sicheren Hinweis auf die Krankheit bei Willis[1] (1672) absieht, es genau hundert Jahre her sind, dass sie ihre erste wissenschaftliche Besprechung durch den englischen Arzt Haslam[2]) gefunden hat.

Eine interessante und wichtige Vorfrage betrifft die der Zunahme der Paralysekrankheit in der modernen Gesellschaft. Wenn auch fast allenthalben diese Frage entschieden bejaht wird, so begegnet doch ein Versuch, diese Zunahme wissenschaftlich und statistisch zu begründen, nicht geringen Schwierigkeiten. Da diese Krankheit fast ausnahmslos tödtlich endet, wäre eine vergleichende Statistik der aus ihr hervorgehenden Todesfälle der sicherste Massstab ihrer Frequenz. Aber eine Specificirung der Krankheit in der allgemeinen Mortalitätsstatistik giebt es nicht und wird es auch so leicht nicht geben.

Man darf nicht übersehen, dass zahlreiche Paralytiker, als solche undiagnosticirt, in den Anfangsstadien der Krankheit zu Grunde gehen und der statistischen Aufnahme dadurch entgehen, dass sie in der allgemeinen Mortalitätsstatistik unter Rubriken wie Schlagfluss, Pneumonie, Gehirnentzündung, Selbstmord, Tod durch Unglücksfall u. s. w. erscheinen, während die in den Endstadien mit Tod abgehenden Fälle ausserhalb der Krankenhäuser als „Hirnlähmung", „Hirnerweichung" rubricirt und mit Heerderkrankungen des Gehirns aller Art zusammengeworfen werden.

Unter allen sonstigen Wegen bleibt nur der, die Statistik der Irrenanstalten der verschiedenen Länder heranzuziehen und die relative Zunahme der paralytisch Kranken gegenüber dem Gros der übrigen Geisteskranken festzustellen.

Auch diese Methode giebt keine sicheren Werthe hinsichtlich der Zunahme der Krankheit, da die Paralyse heutzutage vorwiegend in der milden Form der einfach progressiven Dementia verläuft und als solche auch ausserhalb einer Anstalt behandelt werden kann.

Ueberdies ist ein Vergleich zwischen Einst und Jetzt nur für wenige Decennien möglich.

Die am weitesten zurückreichende bezügliche Statistik von Althaus[1]) ergiebt, dass 1838—40 der Procentsatz der Paralytiker in englischen Anstalten 12,6 %, dagegen von 1867—91 schon 18,1 % betrug, während in den gleichen Zeiträumen die Gesammtzahl der Geisteskranken nur um circa 0,2 % zugenommen hatte.

Ende der 70er Jahre berechnete Mendel (Berlin) den Procentsatz der Paralytiker in Irrenanstalten:

in Preussen für Männer mit 16,3, Weiber 3,6 %
„ Frankreich „ „ „ 19,9, „ 8,0 %
„ England „ „ „ 18,0, „ 6,0 %

Gegenüber dieser Ziffern erweisen die in den letzten 2 Decennien da und dort ermittelten Procentzahlen eine gewaltige Zunahme.

So ist beispielsweise in der bayerischen, ihre Kranken aus einer vorwiegend agricolen Bevölkerung beziehenden Irrenanstalt Deggendorf die 1869—74 9,3 % Männer und 5,2 % Weiber betragende Ziffer der Paralytiker auf 23,2 bezw. 9,3 % in der Zeitperiode von 1885—90 angestiegen. In der nassauischen Anstalt Eichberg hat sich die Zahl der Paralytikeraufnahmen nahezu verdoppelt. Zu analogen Erfahrungen gelangten Snell[4]) für Hannover, Regis[5]) für gewisse französische Anstalten, Huppert[6]) für Sachsen, Townbridge[7]) für England. Noch viel markanter ist aber die Zunahme der Paralyse in den Grossstädten.

Aus Recherchen, die ich anstellte, ergab sich, dass von 1888—92 der Procentsatz der Aufnahmen von Paralytikern in Irrenanstalten sich belief in Hamburg auf 21,5 % Männer und 8,5 % Frauen der Gesammtaufnahme, in Berlin auf 34,6 und 17,5 %, in München auf 36,3 und 11,2 %, in Pest auf 36,5 und 7,5 %.

Dieser procentarische Zuwachs erfolgt auf Kosten anderweitiger, wesentlich functioneller und gutartiger psychischer Krankheiten[8]). Es deutet dies auf besondere Dispositionen in der heutigen Population hin, vermöge welcher Schädlichkeiten, die früher nur functionell das Gehirn

beeinflussten, vielmehr den Anstoss zu organischer Erkrankung in Gestalt entzündlicher und atrophischer Vorgänge geben.

Angesichts solcher Thatsachen kann man nicht umhin zuzugestehen, dass die progressive Paralyse in geradezu unheimlicher Weise die moderne Gesellschaft heimsucht und sie decimirt.

Nicht minder bedeutsam ist die Erfahrung, dass die Paralyse heutzutage in viel früherem Lebensalter ihre Opfer heimsucht. Calmeil*) in Frankreich ermittelte in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts als Durchschnittsalter der Erkrankung an Paralyse 44,5 Jahre. Ende der 80er Jahre stellten Arnaud dasselbe mit 39,5, Régis mit 38 Jahren fest, während Kaes[10]) (Hamburg) die grösste Morbilität vom 26.—40. Jahre fand.

Die Erklärung für dieses verfrühte Auftreten der Krankheit kann nur in einer verminderten Widerstandsfähigkeit gegen die Ursachen derselben oder auch in einer grösseren Häufung dieser gesucht und gefunden werden.

Noch auffälliger ist aber das neuerliche Vorkommen dieser Krankheit im kindlichen und jugendlichen Alter. Während beispielsweise Baillarger vor 1850 unter 400 weiblichen Fällen von Paralyse nur einen einzigen unter 20 Jahren zählte, wimmelt es seit 1877 geradezu von Fällen juveniler Paralyse in der Literatur.

Eine der bedenklichsten Erscheinungen stellt endlich die Zunahme der Paralyse beim weiblichen Geschlecht dar. Während bis weit in die 60er Jahre das Verhältniss der männlichen Paralytiker zu den weiblichen Fällen in den Irrenanstalten 8 : 1 betrug, war es nach Jung (Leubus) Ende der 70er Jahre 4 : 1. Anfangs der 80er Jahre berechneten es Reinhard für Hamburg mit 3,2 : 1, Meynert für Wien mit 3,4 : 1, Siemerling[11]) für Berlin mit 3,5 : 1.

Für den Anfang der 90er Jahre stellte es Idanoff[12]) fest für Dänemark mit 3,49 : 1, für Mittel- und Oberitalien mit 3,5 : 1, für Russland mit 3,15 : 1, England mit 2,98 : 1, Belgien 2,76 : 1, Frankreich 2,4 : 1.

Diese Zahlen entsprechen aber sicher nicht ganz der wirklichen Morbilitätsziffer der heutigen Frauenparalyse, die auch beim Weib vorwiegend in der einfach dementen Form und dazu noch vielfach so mild verläuft, dass viele Fälle den Irrenanstalten, aus welchen die obigen Ziffern gewonnen sind, nicht zugeführt werden.

Die Ermittelung der Ursachen dieser seit den 20er Jahren des Jahrhunderts im Mittelpunkte der Aufmerksamkeit ärztlicher Kreise stehenden Krankheit ist seit Jahrzehnten mit dem grössten Eifer unternommen worden.

Man erkannte bald, dass ihre Aetiologie wesentlich in exogenen Bedingungen wurzeln müsse, denn das sonst bei psychischer Krankheit ausschlaggebende Moment der erblichen Disposition oder der Belastung fand sich höchstens in 15—20 % der Fälle von Paralyse vor.

Den schädlichen Wirkungen des Geist und Körper gegen früher unverhältnissmässig in Anspruch nehmenden Culturlebens, dem Surmenage, dem Missbrauch von Genussmitteln, besonders des Alkohols, Debauchen überhaupt, schiebt man in erster Linie das Ueberhandnehmen der Paralyse zu. Thatsachen, wie die unverhältnissmässige Häufigkeit der Krankheit bei Grossstädtern, besonders bei ledigen Arbeits- und Genussmenschen, in ganz hervorragender Weise bei Militärs, die fast völlige Immunität der Frau aus höheren Ständen, das vermeintliche Nichtvorkommen der Paralyse bei jugendlichen Individuen, die grosse Häufigkeit derselben bei irgendwie Veranlagten oder sonstwie Exponirten auf der Höhe des Lebens, all dies schien das Auftreten und Ueberhandnehmen dieser „Krankheit des Jahrhunderts" genügend zu erklären.

Ganz unbekannt und ungewürdigt waren lange Zeit hindurch ursächliche Beziehungen der Paralyse zur Syphilis.

Es geschah 1857 zum ersten Mal, dass zwei Forscher, Esmarch und Jessen[18]) mit der Behauptung auftreten, dass Syphilis die Ursache von Paralyse sein könnte. Ihre Mittheilung stützte sich auf 3 Fälle bei Luetischen, von welchen aber 2 hinsichtlich der Diagnose „Paralyse" nicht einwandfrei waren.

Ihnen folgte Kjellberg[19]), der in seinem Erfahrungsbereiche Paralyse überhaupt nur bei syphilitisch Gewesenen beobachtet haben wollte, ferner Ole Sandberg.

Diese Anschauung, welche sich bei Einzelnen bis zur Annahme erhob, die Paralyse sei eine Form der Lues cerebri, fand lebhaften Widerspruch[20]), aber die Frage des Zusammenhangs der Paralyse mit Syphilis verschwand von nun an nicht mehr von der Tagesordnung wissenschaftlicher Forschung und Discussion.

Die Heranziehung der Statistik ergab sehr ungleiche Resultate, insofern der Procentsatz früherer Lues bei männlichen Paralytikern zwischen 11 % (Eickholt) und 94 % (Régis) ermittelt wurde. Diese Differenzen erklärten sich grösstentheils aus der verschiedenartigen Provenienz des statistischen Materials, je nachdem es höheren oder niederen Gesellschaftsklassen, der grossstädtischen oder der ländlichen Bevölkerung entstammte.

Einen vorläufigen Abschluss der statistischen Forschungen bot die Arbeit von Rieger[21]), der aus der Zusammenfassung von 11 verlässlichen Statistiken verschiedener Beobachter ermittelte, dass unter rund

1000 nicht paralytischen Geisteskranken 40, unter rund 1000 Paralytikern etwa 400 mal Syphilis in der Vorgeschichte sich nachweisen liess. Zu ähnlichen Resultaten gelangten Goldstein[26], Binswanger[27], Barwinski[28], Ziehen[29], Dietz[30], Oebeke[31].

Mendel[32] ermittelte bei Paralytikern, und zwar vorwiegend bei solchen aus höheren Ständen, in 75%, bei anderen Psychosen nur in 18,6% luetische Antecedentien.

Den Einfluss des Umstands, ob das Material aus höheren oder niederen Ständen kommt, illustrirte eine Statistik von Oebeke, der bei Paralytikern ersterer Categorie 73,3%, letzterer nur 16,7% luetisch Gewesene ermittelte.

Werthvolle neuerliche Untersuchungen über die Beziehungen der Syphilis zur Paralyse verdanken wir Hougberg[33] in Finnland und Hirschl[34] in Wien.

Der erstere Forscher fand unter seinem Material sichere luetische Fälle 75,7%, wahrscheinliche 11,2%, in Summa 86,9%, während bei nicht paralytischen Irren Lues in deren Vorgeschichte nur bei 4,24% nachgewiesen werden konnte.

Hirschl hat an meiner Klinik mit ausserordentlicher Gewissenhaftigkeit und Mühe die Frage studirt. Es gelang ihm, von 175 paralytischen Männern bei 98 (56%) sicher, bei 44 (25%) mit Wahrscheinlichkeit Lues nachzuweisen, während in 33 Fällen (19%) die Frage ganz ungelöst bleiben musste.

Das Moment dieser negativen Fälle ist es nun, auf welches sich die Gegner der von Kjellberg vertretenen Anschauung stützen und logischer Weise kann man von der Syphilis als einer nothwendigen Vorbedingung für die Entstehung der Paralyse nicht reden, solange die negativen Fälle aus der Statistik sich nicht eliminiren lassen.

Jeder Erfahrene wird aber das Gewicht dieser nicht überschätzen. Angesichts der Thatsache, dass Syphilis hereditär, extragenital und unbeobachtet ein Individuum heimsuchen kann, dass sichere Zeichen überstandener Lues, mit Ausnahme der Immunität, die aber nur durch Impfung festgestellt werden könnte, nur ausnahmsweise nachweisbar sind, dass Anamnesen über frühere Gesundheitsverhältnisse, namentlich bei Leuten aus niederem Stande, selten sichere Resultate ergeben und dass zwischen der Erwerbung der Lues und dem Ausbruch der Paralyse Jahrzehnte liegen können.

Es war ein glücklicher Gedanke Hirschl's, die anamnestische Nachweisbarkeit der Lues auf einer syphilitischen Abtheilung zu erproben und die gewonnenen Resultate mit denen der Nachforschung an den Paralytikern der psychiatrischen Klinik zu vergleichen.

In Ausführung dieser Idee ergab sich, dass auf der syphilitischen Abtheilung des Prof. Lang in Wien unter 63 Fällen syphilitischer Spätformen nur in 54 % Lues als sicher, in 9,5 % als wahrscheinlich, in 36,5 % aber, trotz gegenwärtiger luetischer Erkrankung, anamnestisch nicht nachweisbar war, während Hirschl's Anamnesen bei seinen Paralytikern die Procentzahlen 56, 25, 19 ergeben hatten.

Die positiven Resultate blieben bei den Syphilitischen gegenüber den Paralytikern somit um 26,5 % zurück!

Die Analogie der Frage der Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse mit der gleichnamigen zur Tabes ist eine zu naheliegende, um sie ganz unerwähnt lassen zu können.

Auch hinsichtlich der Tabes, die überdies auffällig häufig mit Paralyse zusammen vorkommt und gleich dieser in exogenen Bedingungen ihre Entstehung findet, ist die Frage nach ihrer luetischen Provenienz eine gegenwärtig noch recht umstrittene.

Auch sie hat ihre Gegner und Vorkämpfer. Zu den ersteren gehört in hervorragender Weise die Schule v. Leyden's[20]. Sie schmälert den Werth statistischer Studien über das Verhältniss der Lues zur Tabes, hält den anamnestischen Nachweis der ersteren für zu unsicher, verweist auf die grosse Zahl negativer Fälle, auf die Thatsache, dass man in den Sectionsprotocollen von Tabikern in höchstens 30 % der Fälle luetische Residuen fand, dass Reumont bei seinen Syphilitischen nur ein Tabesprocent von 1,1 % fand, dass in gewissen luetisch durchseuchten Ländern Tabes selten sei, selten auch bei Prostituirten und dass antiluetische Therapie bei Tabes versage.

Mit derartigen, zum Theil recht anfechtbaren Argumenten wird man eine solche Frage nie zur Entscheidung bringen.

Möglich wäre dies nur, wenn man die negativen Fälle auf ihre luetische Bedeutung durch Impfung mit syphilitischem Virus prüfen könnte.

Bekanntlich besitzt der menschliche Organismus der Lues gegenüber keine Immunität, ausser derselbe wäre durch hereditäre Lues oder durch acquirirte früher immun geworden, wobei die Möglichkeit einer übrigens sehr seltenen Reinfection immer noch in Betracht käme. Ein solcher Versuch der Probeimpfung wurde an Paralytikern unternommen.

Es lagen mir im vorigen Jahre 9 Krankengeschichten und Protocolle vor, die ein durch wissenschaftliche Leistungen hervorragender und höchst zuverlässiger College mir zur Einsicht überlassen hatte.

Sie betrafen 9 männliche Paralytiker, bezüglich welcher, da es sich um typische Fälle handelte, diagnostisch nicht der geringste Zweifel bestehen konnte. Bei diesen 9 Kranken hatte weder die sorgfältigste Anam-

sen, noch die genaueste fachmännische Untersuchung irgendwelche Beweise für vorhanden gewesene Lues zu erbringen vermocht.

Der genannte Forscher, dessen Befähigung und Gewissenhaftigkeit ich verbürgen kann, entschloss sich bei diesen hinsichtlich Lues negativen 9 Fällen zur Impfung mit Syphilisvirus, als dem einzigen Mittel, um eine etwaige latente Lues zu ermitteln. Er unternahm dieses Wagniss der principiellen Wichtigkeit solcher Versuche wegen und in der wissenschaftlichen Ueberzeugung, dass er seinen Kranken, die ja in einem hoffnungslosen Stadium einer zum Tode führenden Krankheit sich befanden, keinen Schaden zufügen werde.

Als Material für die Impfungen dienten 3 Fälle von Lues und zwar ein Weib mit Initialsklerose, bezw. der Belag des Geschwüres und ein Theil des Gewebes, die mit dem scharfen Löffel ausgekratzt wurden; ferner ein Mann und ein Weib mit nässenden Papeln. Die hohe Virulenz dieser 3 Kranken war durch einen Fachmann vorher festgestellt worden. Mein Gewährsmann impfte mit der Lanzette, machte bei jedem der 9 Paralytiker 15—20 Einstiche und rieb in diese das Impfmaterial ein.

Die betreffenden Kranken waren, mit Ausnahme eines einzigen, dessen Beobachtung nach der Impfung nur 72 Tage dauern konnte, durch 180 Tage und darüber Gegenstand der genauesten klinischen Beobachtung.

Weder an den Impfstellen, noch an den Drüsen, noch am übrigen Körper traten bei 8 der Geimpften irgendwelche Reactionserscheinungen im Sinne einer Syphilis ein, sodass nach dem 180. Tag, als dem Termin der längsten Incubation, die Beobachtung eingestellt und der Versuch einer Impfung aus Syphilisvirus als resultatlos constatirt wurde.

Nur in einem Falle war eine Reaction an der Impfstelle durch Infection von Aussen erfolgt, aber es war ein einfaches, sicher nicht specifisches Geschwür, was auch von einem hervorragenden Syphilidologen anerkannt wurde. Es fehlten auch in diesem bis zu 180 Tagen beobachteten Falle jegliche Reactionserscheinungen im Sinne der Syphilis. Die Erwartungen des Experimentators haben sich somit bestätigt. Seine Patienten haben nicht die geringste Schädigung durch diese Versuche erfahren. Diese, meiner Meinung nach einwandfreien Experimente sind aber geeignet, die Fälle von Paralyse mit negativem Resultat hinsichtlich Lues in ein helles Licht zu setzen, denn die Immunität jener 9 Fälle gegen Lues lässt sich nur im Sinne latenter Syphilis deuten.

Mit diesen Versuchen hat aber der vorläufig ungenannt sein wollende College der Erkenntniss der Bedeutung der Lues als Vorbedingung für Paralyse jedenfalls einen grossen Dienst geleistet und es

läge dem Gegnern der Ansicht von Kjellberg ob, durch positive Impfresultate, die seltene Möglichkeit einer Reinfection allerdings vorbehalten, den Werth jener negativen Resultate zu vernichten!

Wer noch an der Bedeutung der Versuche meines Gewährsmannes zweifeln möchte, vergleiche damit die Resultate eines Pfälzer Arztes[illegible]), der 1854 und 55 11 Geistesgesunde und offenbar nie luetisch Gewesene mit syphilitischem Virus geimpft hat, ferner analoge Versuche von Gibert, Guyenot, v. Bärensprung[illegible]), bei welchen in allen Fällen, wie ja auch nicht anders zu erwarten war, Primäraffekt und allgemeine Syphilis erfolgten.

Dass Paralytiker wahrscheinlich immun gegen Lues sein dürften, liess sich übrigens schon aus der Thatsache folgern, dass man niemals einen solchen Kranken mit einem syphilitischen Primäraffekt in ärztliche Behandlung bekommt, obwohl derartige Unglückliche doch in den Anfangsstadien ihrer Krankheit meist recht libidinös sind und durch häufig bei ihnen vorkommende Gonorrhöen und Ulcera mollia beweisen, dass sie der Venus vulgivaga ergeben waren und genug Gelegenheit gehabt hatten, auch mit Lues sich zu inficiren.

In dem Lichte, welches durch diese Erfahrungen auf die Aetiologie der Paralyse fällt, gewinnt aber eine ganze Reihe von sociologischen und klinischen Thatsachen, die man längst für die Entstehung dieser Krankheit als bedeutungsvoll erkannt hat, eine weitere Klärung und werden sie Stützen für die Vermuthung, dass frühere Syphilis conditio sine qua non für die Entstehung von progressiver Paralyse sein möge.

Eine der bemerkenswerthesten Thatsachen ist die, dass das Relationsverhältniss der Paralyse bei Mann und Weib, nämlich 4 bis 3,5 : 1 dem relativen Vorkommen der Syphilis in der betreffenden Bevölkerung bei den verschiedenen Geschlechtern sich analog erweist.

Allerdings lässt sich das nur für Dänemark erweisen, wo Anzeigepflicht bezüglich der venerischen Erkrankungen an die Behörde durch das Gesetz besteht.

Nach Blaschko[illegible]) ist in diesem Lande das Relationsverhältniss der venerisch erkrankten Männer und Frauen 4,1 : 1, während nach Idanoff das der Männer- zur Frauenparalyse 3,49 : 1 ist."

Noch bedeutungsvoller ist die Ermittelung der ursächlichen Bedingungen für die erst in neuester Zeit bekannt gewordene infantile und juvenile Paralyse.

Alzheimer[illegible]) gelangte in einer bezüglichen Statistik zu 91% sicherer oder wahrscheinlicher, meist hereditärer Lues. Er betont überdies die auffallend häufige hereditäre Belastung durch progressive Paralyse des Vaters oder auch der Mutter.

Fournier[19]) fand gar in 100 % seiner 37 Fälle von juveniler Paralyse Lues, meist als hereditäre, seltener als erworbene. Zu ähnlichen Resultaten gelangte ich[20]) bei 11 in meiner Klinik von 1894—96 zur Aufnahme gelangten Fällen von juveniler Paralyse.

Die enormen Luesprocente in der Paralyse der Kinder und jungen Leute sind umso bemerkenswerther, als die Schädigungen, auf Grund welcher man sich früher das Entstehen der Paralyse bei Erwachsenen dachte, hier gar nicht oder nur minimal zur Geltung gelangen. Bedeutsam ist weiter der Morbiditätsunterschied bei Stadt- und Landbewohnern.

Schon Mendel wies nach, dass der Procentsatz der Paralyse in den Irrenanstalten der ackerbautreibenden Provinzen Schleswig-Holstein und Hannover 1876 nur 4,56 betrug, während man in denen der Provinz Brandenburg 19,7 % und in Berlin sogar 26 % zählte.

Analog lauten die Erfahrungen von Pontoppidan hinsichtlich Irland und Dänemark, in deren ackerbautreibenden Bevölkerungen die Paralyse sehr selten ist, ferner die von Hougberg über Finnland, in dessen Landesirrenanstalt Lappvik die Zahl der in 18 Jahren aufgenommenen Paralytiker nur 7,03 % der Gesammtaufnahmen betrug und das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Paralytikern sich wie 11 : 1 stellte.

Hougberg hebt speciell hervor, dass unter den 1875—92 aufgenommenen 107 Paralytikern sich kein einziger Landmann befand, dagegen auffallend viel städtische Arbeiter.

Auch in einer Statistik von Stark[21]) über die Aufnahmen in der elsässischen Landesirrenanstalt ergab sich markant dieser Unterschied von Stadt und Land, insofern der Unterelsass exclusive Strassburg 10,0 %, Strassburg allein 40,3 % Paralytiker lieferte. Der Procentsatz von 100 Aufnahmen des Oberelsass exclus. der Fabrikstadt Mülhausen war 15,5 %, von Mülhausen allein 29 %.

Arnaud[22]) wies nach, dass in den grossen Städten Frankreichs die Paralyse 4 mal häufiger vorkommt, als bei der ländlichen Bevölkerung.

So gross können das Surmenage und andere kulturelle Schädlichkeiten der Gross-, Fabriks- und Handelsstadt an und für sich nicht sein, um das vierfach häufigere Vorkommen der Paralyse in ihrem Bereich zu erklären.

Der Grund dafür liegt wohl wesentlich in der grösseren Häufigkeit der Syphilis, wozu die Prostitution das Ihrige beiträgt.

Bedeutsam in dieser Hinsicht ist Blaschko's Statistik von Dänemark, wonach in Kopenhagen 2,9 % Fälle von venerischer Krankheit vorkommen, während die entsprechende Zahl auf dem Lande exclusive Städte nur 0,62 % ist. Diese Zahlen repräsentiren ungefähr die gleichen

Relationen, wie sie hinsichtlich der Morbidität an Paralyse in der Stadt gegenüber dem Lande bestehen, nämlich 4 : 1.

Sehr bemerkenswerth und wesentlich auf Lues zurückzuführen ist ferner die grosse Morbidität gewisser Berufsklassen gegenüber der relativen Immunität anderer Stände.

Die grössten Gegensätze ergeben sich, wenn man die Morbidität an Paralyse bei Officieren und Geistlichen vergleicht.

Kundt[33]) (Deggendorf) hatte unter 1090 Aufnahmen in seiner Anstalt 17 katholische Geistliche, von denen kein einziger an Paralyse litt, dagegen 13 Militärpersonen (5 Officiere), davon 8 Paralytiker (3 Officiere) = 61,5 %.

Bouchaud[34]) ermittelte unter 288 in 3 verschiedenen französischen Irrenanstalten aufgenommenen Geistlichen 9 Paralytiker (3,1 %) und vermuthet wohl mit Recht, dass die Seltenheit von Lues und Alkoholausschweifung bei diesem Stand die geringe Mortalität erklärt.

Ich selbst habe unter rund 3000 männlichen Paralytikern nur einen (katholischen) Geistlichen gezählt. Dieser eine hatte als Student an Lues gelitten. Wiederholte Berechnungen bezüglich der Paralyse bei Officieren ergaben mir in meinem Beobachtungskreise bis zu 90 % Paralysefälle.

So kolossal kann der Unterschied des Berufs sich nicht geltend machen.

Auch die enorme Seltenheit der Paralyse bei Damen aus hohem Stande lässt sich aus ihrer geschonten, dem Kampf ums Dasein entrückten Position, wie man dies früher sich dachte, nicht erklären. Hier ist offenbar die Seltenheit luetischer Infection das Ausschlaggebende.

Die Annahme, dass die Syphilis in irgend einer Weise die Grundbedingung für die Entstehung der Paralyse sei, findet wichtige Bestätigung dadurch, dass in Gegenden, in welchen Lues selten ist, auch die Paralyse kaum vorkommt.

Besonders bemerkenswerth sind die Erfahrungen von Rabow[35]), nach welchen im Schweizer Canton Wallis die cantonsangehörigen Paralytiker nur 1,1 % der Gesammtaufnahme der männlichen Kranken in der Irrenanstalt ausmachten. Nun ist aber im Canton Wallis Syphilis äusserst selten. Analoge Erfahrungen machte Ehlers[36]) auf Island. Er fand dort nur 1 Mann und 2 Frauen, die an Paralyse litten. Ihre Vorgeschichte ergab Lues. Im Uebrigen soll die Syphilis auf Island sehr selten sein und die Paralyse gar nicht vorkommen.

Umgekehrt giebt es Länder, in welchen neben der unverhältnissmässig grossen Zahl der Syphilitischen, die Paralyse, aber auch die Tabes sich in fataler Weise bemerklich macht, so z. B. in Rumänien, wo die

sanitätspolizeiliche Ueberwachung der Prostitution bis vor Kurzem noch eine sehr mangelhafte war.

Eine bemerkenswerthe Thatsache ist die, dass die Paralyse auf der Höhe des Lebens die grösste Morbidität zeigt. Man erklärte sich dies damit, dass man annahm, zur Zeit der grössten Inanspruchnahme und physiologischen Turgescenz sei das Gehirn des Culturmenschen am meisten exponirt dieser Krankheit gegenüber. Es kann nicht bezweifelt werden, dass accessorische Schädlichkeiten, welche sie zum Ausbruch zu bringen geeignet sind, gerade in dieser Lebenszeit in Gestalt von Surmenage, Debauchen, mechanischem und psychischem Shok auf das Gehirn besonders häufig vorkommen und von Einfluss auf die Morbidität in diesem Lebensalter sein mögen, aber die Erfahrung lehrt, dass es doch unzählige Fälle giebt, in welchen solche Schädlichkeiten nicht oder in nicht genügender Intensität nachgewiesen werden können und gleichwohl die Krankheit in dem Alter der besonders grossen Morbidität (35.—45. Jahr) zum Ausbruch gelangte. Hier dürfte als erklärendes Moment die frühere Lues heranzuziehen sein, denn die meisten von ihr Heimgesuchten acquiriren sie in der Zeit vom 20.—30. Lebensjahre und der Ausbruch der Paralyse erfolgt in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle 5—15 Jahre nach der Infection.

Wenn Paralytiker viel früher oder viel später als vom 35.—45. Jahre erkranken, so kann man fast immer in solchen Fällen ungewöhnlich frühe oder späte Infection nachweisen. Die juvenile Paralyse, bei welcher ja fast immer hereditäre, zuweilen auch acquirirte Lues nachweisbar ist, mag als Beleg für die Richtigkeit dieser Annahme gelten.

Von einzelnen Forschern, so z. B. neuerlich von Westphal[17]) wird, zum Theil zur Widerlegung der Bedeutung der Lues für die Entstehung von Paralyse, hervorgehoben, dass Prostituirte selten an Paralyse erkranken. So fiel es Westphal auf, dass unter seinen 148 weiblichen Paralysefällen keine einzige Puella publica sich befand. An der Wiener Klinik sind solche Fälle nicht gerade selten. Man darf diesen, auch für Tabes herangezogenen Beweis nicht ernst nehmen, denn da die meisten Puellae um die 30er Jahre ihr Schandgewerbe aufgeben müssen und zur Zeit ihrer Erkrankung an Paralyse einen anderen Beruf repräsentiren, findet ihr früheres Gewerbe in der Statistik keine Berücksichtigung.

Ob die frühere Syphilis eine Conditio sine qua non für die Entstehung von Paralyse ist, kann, beim gegenwärtigen Stand der Forschung, als nur sehr wahrscheinlich behauptet werden. Jedenfalls sind die Impfversuche meines Gewährsmannes in hohem Grade geeignet, diese Anschauung zu stützen.

Auch die hochwichtige Frage, durch welche Zwischenglieder die Lues pathogen wird, muss zur Zeit als eine ganz offene bezeichnet werden. Mendel und Hirschl vermuthen, dass die Syphilis, analog der interstitiellen Hepatitis luetica, eine interstitielle Encephalitis hervorrufe.

Mendel lässt ferner die Möglichkeit offen, dass die Lues feinere Veränderungen an den Gehirngefässen, mit dem Erfolg abnormer Durchlässigkeit derselben, bewirkt. Andere nehmen bekanntlich als Ursache der durch Lues im Gehirn des Paralytikers vermittelten gewöhnlichen Veränderungen Toxine (Strümpell) an oder ein unter dem Einfluss der früheren Syphilis entstandenes fermentartiges Gift (Möbius — Paralyse eine metasyphilitische, Fournier — parasyphilitische Erkrankung). All das sind vorläufig nur Hypothesen.

Sicher ist nur, dass die Paralyse keine specifische (luetische) Hirnerkrankung, weder im Sinne gummöser noch arteriitischer Processe darstellt, womit sich auch die Erfolglosigkeit antiluetischer Behandlung dieser Krankheit gegenüber erklären dürfte.

Unzweifelhaft stellt die frühere luetische Infection das constanteste und einzige nicht zufällige Moment in der Aetiologie dieser Krankheit dar (Hirschl) und damit die wichtigste (praedisponirende) Ursache derselben.

Dadurch erscheint die Krankheit, im Gegensatz zu den meisten gewöhnlichen Psychosen (abgesehen von den alkoholischen) im Lichte einer nicht sowohl erblich gezüchteten als vielmehr einer erworbenen und meist vermeidbaren Krankheit.

Von diesem Standpunkt aus gehört zu den Ursachen der Paralyse Alles, was, wenn auch nur indirect, der Entstehung der Syphilis Vorschub leistet.

Die Zunahme der Paralyse legt die Frage nahe, ob denn die Syphilis in der modernen Gesellschaft zunimmt und in welchen Proportionen?

Eine Statistik der venerischen Krankheiten giebt es nur in Dänemark. Selbstverständlich entgehen ihr viele Fälle. Die Berechnung des Syphilisprocentes der Bevölkerung nach dem Vorkommen der Lues bei der Armee ist kein verlässlicher Maassstab.

Der Procentsatz der Syphilis in den europäischen Heeren schwankt zwischen 2 und 8,4 %. In Grossbritannien berechnete man 1875, dass 5,4 % der Gesammtbevölkerung syphilitisch waren.

Dass die Lues allenthalben in bedenklicher Zunahme begriffen ist begegnet nirgends einem Widerspruch.

Neumann[39]) sagt: „Die Prostitution hat gerade heutzutage eine ungeahnte Ausdehnung gefunden. Sie ist es, welche an der ausserordentlichen Verbreitung der Syphilis hauptsächlich Schuld trägt."

Schuld daran ist in erster Linie die zunehmende Ehelosigkeit, dann das Zusammendrängen der Menschen in Städten, die riesige Ausbreitung von Handel und Wandel, überhaupt des menschlichen Verkehrs, die Genuss- und Putzsucht breiter Schichten der weiblichen Bevölkerung, die Hungerlöhne, welche arme Mädchen dem Laster in die Arme treiben.

Nicht zu unterschätzen ist aber auch die Zunahme der stehenden Heere und die allgemeine Wehrpflicht. Unzählige junge Leute, die auf dem Lande geblieben wären, kommen heutzutage zur Ableistung ihrer Militärpflicht in die Garnisonsstadt und fallen dort der Prostitution in die Hände, um dann eventuell später eine Infectionsquelle für die Heimath zu werden. Die meisten jungen Leute, welche der Syphilis zum Opfer fallen, haben dieselbe während ihrer Militärzeit erworben.

In den Gross-, Handels- und Fabrikstädten hält es die Mehrzahl der jungen Männer für eine Schande, keusch zu bleiben. Was nicht das böse Beispiel der Kameraden und die Verführung bewirken, kommt auf Rechnung des Alkohol, der erregend wirkt, Gewissen und Vorsicht betäubt und damit den oft so verhängnissvollen sexuellen Verkehr mit dem anderen Geschlecht fördert.

Es ist Erfahrungsthatsache, dass nur ein gewisser, leider nicht bestimmbarer Procentsatz von syphilitisch Gewesenen der Paralyse anheimfällt.

Nothwendiger Weise müssen zu der durch Lues erworbenen Disposition noch andere disponirende und überdies accessorische Ursachen hinzukommen, um Paralyse hervorzubringen.

Eine besonders wichtige Disposition scheinen biologische Lebensphasen darzustellen, gleichsam kritische Zeiten, in welchen die trophischen Vorgänge im Organismus durch Entwicklung und Functionsbethätigung bisher unentwickelter Organe (Pubertät) oder Ausschaltung derselben (Klimacterium) grosse Schwankungen durch Veränderungen der allgemeinen Ernährungs- und Circulationsbedingungen zu bestehen haben. Offenbar schädigt die Lues die Vitalität und Resistenzfähigkeit der Gewebe. Es liegt nahe, zu vermuthen, dass damit evolutive Vorgänge gestört und involutive beschleunigt werden.

So würde es sich erklären, dass die fast ausnahmslos mit dem Beginn der Pubertät einsetzende juvenile Paralyse dadurch zu Stande kommt, dass durch hereditäre Lues geschädigte Ganglienzellen und Nervenfasern den geänderten Ernährungsbedingungen in dieser biologischen Phase sich nicht anzupassen vermögen und der Atrophie verfallen.

Auch das auffallend häufige Auftreten der Paralyse in den Involutionsjahren beim Weibe würde damit eine Erklärung finden.

Für diese Annahme spricht auch die Thatsache, dass die juvenile Paralyse geradezu, die der Erwachsenen heutzutage vorwiegend in der als einfach atrophische Form anzusprechenden klinischen Erscheinungsweise simpler Dementia beobachtet wird.

In verallgemeinerter Auffassung liesse sich der Einfluss der Lues überhaupt dahin deuten, dass durch sie die in ihren Lebensbedingungen veränderten Nervenelemente abnorm früh der Involution zugeführt werden. Die Paralyse wäre also in diesem Sinne, wie Schüle u. A. längst lehrten, ein Senium praecox (e lue.) und das Einsetzen der Krankheit bei Männern schon Anfangs der vierziger Jahre würde einfach im Sinne eines solchen zu deuten sein. Als unterstützende praedisponirende Momente wären dabei noch zu berücksichtigen: die erbliche Belastung und neuropathische Constitution, die durch Rachitis hervorgerufenen Schädigungen von Schädel und Gehirn, ein durch körperliche und geistige Ueberanstrengung, Debauchen und andere Schädlichkeiten vorzeitig abgenutztes Gehirn.

Ein theilweiser Ausdruck der Wirksamkeit solcher Factoren in der Bevölkerung wäre die Thatsache der fortschreitend früheren Erkrankung an Paralyse in den letzten Decennien.

Man ist jedenfalls berechtigt, diese Thatsache mit der antihygienischen Lebensweise, namentlich dem Surmenage und anderen Auswüchsen der Civilisation in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Es bliebe aber immerhin noch übrig zu untersuchen, ob heutzutage die Gelegenheit zu luetischer Infection (Grossstädte!) nicht früher sich ergiebt, als in vergangenen Generationen. Geringfügig gegenüber diesen aus Lues und sociologischen Bedingungen resultirenden ätiologischen Momenten erscheinen gewisse, offenbar nur den letzten Anstoss zur Erkrankung gebende oder den Ausbruch beschleunigende Factoren, wie z. B. psychische (Schicksalsschläge) und mechanische Traumen. Falls man es versuchen wollte, die Aetiologie der Paralyse in 2 Worten zusammen zu fassen, so hätten sie zu lauten: Syphilisation und Civilisation.

Das Endziel aller wissenschaftlichen Forschung ist die Erkenntniss der Wahrheit. Die Philosophie kann sich mit einem solchen Resultat zufrieden geben. Für die Medicin erwächst daraus aber ein weiteres ethisches und ein praktisches Bedürfniss — nämlich aus solcher Erkenntniss Gewinn zu ziehen für die Wohlfahrt der Mitmenschen. Auf dem Gebiete der Krankheitsursachen ist dies gleichbedeutend mit der Prophylaxe von Krankheiten, deren Aetiologie klar gestellt ist. Bei

einer so tragischen und unheilvollen Krankheit, wie sie die progressive Paralyse darstellt, bei einem Leiden, dem gegenüber die Therapie fast machtlos sich erweist, erscheint die Prophylaxe von eminenter Bedeutung.

Auch ihr stehen grosse Hindernisse im Wege, denn sie hat mit einem der mächtigsten Naturtriebe und mit socialen Factoren sich abzufinden, deren Beeinflussung zum Guten überhaupt schwierig ist.

Wir können die Civilisation nicht zurückschrauben, aber wir vermögen ihre Auswüchse und Schädlichkeiten zu bekämpfen.

Hier bietet sich ein ungeheures Feld für die Wohlfahrtsbestrebungen der Sociologen und Philanthropen, für die der Medicin und der Staatswissenschaft.

Kampf gegen die Prostitution und die aus ihr resultirende Syphilis, Kampf gegen den Alkoholmissbrauch, der die Menschen körperlich schwächt und Gesittung, Wille und Gewissen untergräbt, Schutz der Jugend vor Allem, was der Reinheit und Keuschheit abträglich ist, Erziehung derselben zu körperlich kräftigen Wesen, womöglich abseits von den Gefahren der Grossstadt, sind nur einige und zunächst liegende Aufgaben, die sämmtlich der Entstehung der Syphilis und damit der Paralyse entgegenzuwirken geeignet sind. Nicht gering wäre dabei anzuschlagen die rechtzeitige Aufklärung der heranwachsenden Jugend bezüglich der Gefahren der ausserehelichen Befriedigung des Geschlechtstriebes.

Diese Seite der Jugenderziehung ist ein fast noch unbeschriebenes Blatt der Pädagogik.

Den elementaren Regungen eines mächtigen Naturtriebes gegenüber kann nur eine klare Darstellung der sittlichen Pflichten, die der Einzelne gegen sich und seine Mitmenschen zu erfüllen hat, ein Gegengewicht bieten. Ganz besonders handelt es sich dabei um die Bekämpfung der unsinnigen Vorurtheile, dass ein an und für sich berechtigter, aber durch schädliche Auswüchse der Civilisation und gezüchtete Nervosität vielfach präpotenter Sexualtrieb befriedigt werden müsse, ferner um die Aufklärung bezüglich der Gefahren, welche auf den der Venus vulgivaga sich Ergebenden lauern.

Wenn die medicinische Wissenschaft in der Lage sein wird, nachzuweisen, dass eine der gefürchtetsten Krankheiten im Dasein der heutigen Culturmenschen nur unter der Voraussetzung einer Lues denkbar ist, so wird die Furcht unzählige Menschen davon abhalten, sich in solche Gefahr zu begeben. Das ist dann die wirksamste Prophylaxe. Es lässt sich hoffen, dass im Lauf der Zeiten die Menschen durch Vernunft, Erstarkung ihrer Sittlichkeit, durch entsprechende weise und

Wohlfahrtseinrichtungen sich eines der schlimmsten Feinde, der an ihrem Marke zehrt, zu erwehren wissen werden.

Eine Prophylaxe der Paralyse durch energische therapeutische Behandlung der Lues giebt es nach meiner Erfahrung nicht. Die Vermeidung von Schädlichkeiten, die den Ausbruch herbeiführen könnte, ist das Einzige, was hier übrig bleibt, aber dieser Forderung zu entsprechen, ist nur ausnahmsweise möglich.

---

[1]) Willis, de anima brutorum. Amstelodami 1672, Cap. IX. p. 280, „observari in plurimis, quod, cum cerebri primum indisposito saepius hebetudine et oblivione et deinde stupiditate et [illegible] afficerentur, postea in paralysin (quod jam praedicere solebam) incidebant . . . ."

[2]) Haslam, observations on madness and melancholy London 1798 p. 259. „Die paralytischen Affectionen sind eine häufigere Ursache des Irreseins, als man glaubt, und sind ebenso eine sehr häufige Folge der Manie. Die Paralytischen zeigen in der Regel Motilitätsstörungen, die ganz unabhängig von ihrer Geisteskrankheit sind. Die Sprache ist gestört, die Mundwinkel sind verzogen, Arme und Beine mehr weniger ihrer willkürlichen Bewegungen beraubt und bei der Mehrzahl der Kranken ist das Gedächtniss erheblich geschwächt. Auch das Bewusstsein ihrer Lage fehlt diesen Kranken in der Regel. Schwach, dass sie sich kaum auf den Beinen halten können, halten sie sich dennoch für äusserst stark und der grössten Leistungen fähig."

[3]) Althaus, med. Times and Gazette 1876. Schon 1850 hat übrigens Moreau (Annales méd. psychol. 1850, p. 679) als einer der Ersten und gestützt auf die Statistik der Irrenanstalten Charenton und Bicêtre die zunehmende Häufigkeit der Paralyse constatirt. Er suchte die Ursache davon in dem Fortschritt der Civilisation.

[4]) Snell, Zeitschrift f. Psychiatrie 44, p. 648, findet für Hannover, dass in den letzten Jahren vor 1889 die Zahl der Irren nur um 7 %, die der Paralytiker aber um 27 % gestiegen ist.

[5]) Regis „Encéphale" 1885, No. 5.

[6]) Huppert, Schmidt's Jahrbücher, Bd. 171 p. 281.

[7]) Trowbridge, Alienist and Neurologist 1891.

[8]) Wille, Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte 1881. 3.

[9]) Calmeil, de la paralysie chez les aliénés. Paris 1826.

[10]) Kües, Zeitschrift f. Psych. 40. 6; Ascher (Dalldorf) ebenda 46. 1 und Kobbelt (Grafenberg) ebenda 41. 1 fanden die grösste Häufigkeit der Erkrankung im 35.—50. Jahr.

[11]) Siemerling, neurolog. Centralbl. 1888. 12.

[12]) Idanoff, Annales méd. psychol. 1894. 2.

[13]) Esmarch und Jessen, Zeitschr. f. Psychiatrie 14, p. 20.

[14]) Kjellberg, Virchow's Jahresbericht 1868 II, p. 16.

[15]) Rieger, Schmidt's Jahrbücher, Bd. 210, No. 3.

[16]) Goldstein, Zeitschr. f. Psychiatrie 42. 2.

[17]) Binswanger, Festschrift, Hamburg 1891.

[18]) Barwinski, Mittheil. a. d. Wasserheilanstalt Elgersburg 1890/91.

[19]) Ziehen, neurolog. Centralbl. 1893. 9.

[20]) Bietz, Zeitschr. f. Psychiatrie 41. 3.

[21]) Oebecke, ebenda 48. 1 und 2.

[illegible]) Mendel, Berlin. Klin. Wochenschr. 1885, 33, 34.
[illegible]) Hougberg, Zeitschr. f. Psychiatrie 50, p. 546.
[illegible]) Hirschl, die Aetiol. d. progr. Paral., Wien 1896.
[illegible]) Aerztl. Intelligenzblatt 1856, 33 . . . Canstatt's Jahresb. pro 1856 IV, p. 336 . . . Auspitz, die Lehren vom syphil. Contagium, Wien 1866, p. 183.
[illegible]) Auspitz, op. cit., p. 183—186.
[illegible]) Blaschko, Syphilis und Prostitution vom Standpunkt der öffentl. Gesundheitspflege. Berlin 1893.
[illegible]) Alzheimer, Die Frühformen der allg. progr. Paral. Zeitschr. f. Psychiatrie 52, 3.
[illegible]) Fournier, paral. gén. juvenile d'origine héréditaire. Académie de méd. (séance du 14. 5. 95) u. Revue neurolog. 1896 IV, p. 119.
[illegible]) Von 11 Fällen juv. Paral. in meiner Klinik waren zur Zeit ihrer Behandlung mit (hereditärer) Lues behaftet 4, wahrscheinlich 2, unwahrscheinlich 5.

Der Werth dieser negativen 5 Fälle wurde aber erheblich herabgemindert dadurch, dass bei einem derselben nach dessen Tode die ältere Schwester mit hereditärer Lues in ambulatorische Behandlung kam, bei einem zweiten post mortem ermittelt wurde, dass er als dreimonatliches Kind an Pemphigus syphiliticus gelitten hatte und bei einem dritten, mit 17 Jahren Gestorbenen die Necropsie „Endarteriitis aortae „probabiliter e lue" ergab, sodass also bei 9 unter meinen 11 Fällen Lues sicher oder höchst wahrscheinlich war.

[illegible]) Stark, Archiv f. öffentl. Gesundheitspflege in Elsass-Lothringen XIV. 1.
[illegible]) Arnaud, Annal. méd. psychol. 1888 Juli.
[illegible]) Kundt, Zeitschrift f. Psychiatrie 50, p. 258.
[illegible]) Bouchaud, Annal. méd. psychol. 1891 Mai.
[illegible]) Rabow, Extrait du Recueil inaugural de l'université de Lausanne 1892.
[illegible]) Ehlers, Deutsche Med. Zeitung 1890 . . . neurolog. Centralbl. 1893, p. 39
[illegible]) Westphal, Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre d. progr. Paral. der Frauen. Charitéannalen 1888.
[illegible]) Neumann, Nothnagel's Pathol. und Therapie. XXIII, p. LIII.



II.

UEBER VORTÄUSCHUNG ORGANISCHER ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS DURCH HYSTERIE.



Ein Umstand, der bei der Diagnostik von Hirn- und Rückenmarkskrankheiten beständig berücksichtigt werden muss, ist die Vortäuschbarkeit solcher, durch organische Veränderungen von Centren und Leitungsbahnen bedingter Krankheitsbilder, in Gestalt von durch Neurose vermittelter blosser funktioneller Störung der gleichen Gebiete.

Schon Sydenham hat 1681 auf diese die Sicherheit der Diagnose und damit der Prognose trübende Thatsache aufmerksam gemacht und gerade die neuere Literatur, in welcher es an Belegen für die imitatorische Leistungsfähigkeit der hysterischen Neurose in der Hervorbringung pseudoorganischer Hirn- und Rückenmarkserkrankung wimmelt, beweist, wie begründet die Warnungen des grossen Klinikers des 17. Jahrhunderts waren.

Trotz aller Fortschritte der Diagnostik, sowohl auf dem Gebiet der organischen als auch dem der sog. funktionellen Nervenkrankheiten, erscheint noch heutzutage die Möglichkeit einer Verwechselung zwischen beiden Erkrankungsformen nicht ausgeschlossen. Ganz besonders schwierig ist die Situation da, wo es sich um zweifellos hysteropathische Individuen handelt.

Da die Hysterie alle möglichen organischen Krankheitsbilder imitiren kann, andererseits aber jede organische Erkrankung des Nervensystems als Complication der hysterischen Neurose nicht ausgeschlossen ist, begreift sich die Schwierigkeit einer sicheren Unterscheidung von Organischem und Pseudoorganischem, die oft erst nach längerer Beobachtung, wesentlich durch die Instabilität, Discongruenz und eigenthümliche Combination der Symptome zur Entscheidung im Sinne einer bloss funktionellen, speciell hysterischen Bedeutung der gebotenen Erscheinungen vorzudringen vermag.

Wäre innerhalb des Rahmens der Hysterie alles Gebotene rein psychisch vermittelt, die Pathogenese des Krankheitsbildes und die Abhängigkeit der Syndrome von „Vorstellungen“ überhaupt und im concreten Falle völlig sichergestellt, so wäre die Schwierigkeit der Unterscheidung der Fälle von hysterischer Bedeutung von organisch vermittelten auf ein Minimum reducirt.

Nur in einer gewissen Zahl von Fällen lässt sich aber das in seiner Bedeutung zweifelhafte Krankheitsbild auf den Einfluss eines vermittelnden Vorstellungsbildes zurückführen und als dessen mehr weniger gelungene, unwillkürliche, selbst ganz unbewusste Imitation nachweisen.

Ueberdies handelt es sich ja gewöhnlich nicht um die einfache plastische Uebertragung eines empfangenen psychischen Eindrucks in die Leiblichkeit, sondern um complicirte, indirekt damit verbundene Hemmungs- oder Reizvorgänge im psychischen Organ. Diese können wieder in durch den seelischen Eindruck geweckten emotionellen Vorgängen bestehen, in associirten secundär ausgelösten Vorstellungen, die überdies durch das Hereingreifen der Phantasie, durch bewusste oder unbewusste Umprägung des originalen afficirenden Vorgangs dessen Wirkungsweise modificiren und den ursprünglichen Zusammenhang verwischen.

In solchen Fällen kann, neben der Incongruenz und Instabilität der gebotenen Phänomene, zunächst nur ihre grosse Beeinflussbarkeit durch psychische Momente die Erkenntniss der rein funktionellen Bedeutung der vorhandenen Symptome anbahnen helfen. Diagnostischen Werth kann eventuell auch die hypnotische Suggestion gewinnen, unter der Voraussetzung ihrer Ausführbarkeit d. h. genügender Suggestibilität.

Entscheidend kann aber dieser Versuch nur dann sein, wenn er in vollem Umfang positiv ausfällt, denn auch bei organischer Krankheit ist oft gar Manches an den Symptomen funktionell und somit hypnotischer Suggestion zugänglich, während allerdings rein organisch vermittelte Symptome psychischem Einfluss unzugänglich bleiben. Um diagnostisch sicher vorzugehen, erscheint es räthlich, an den zweifelhaften Fall in der Weise heranzutreten, dass die organische Bedeutung des Krankheitsbildes präsumirt wird.

Ergiebt die Genese, der Verlauf, die Gruppirung und der Zusammenhang der Symptome die Unhaltbarkeit einer organischen Begründung derselben, findet sich kein einziges klinisches Zeichen (Neuroretinitis, Atrophia n. optici, Stauungspapille, reflectorische Pupillenstarre, qualitative Aenderung der electrischen Erregbarkeit u. s. w.), das im Sinne einer organischen Bedeutung des Leidens angesprochen werden könnte, so ist es gerechtfertigt, im Sinne einer functionellen Bedeutung des Falles zu ihm Stellung zu nehmen.

Eine Stütze im weiteren Vorgehen gewährt dann der Nachweis, dass der Kranke Zeichen der hysterischen Neurose aufweist. Ihr Mangel spricht aber nicht gegen die obige Vermuthung, denn es giebt nicht wenig Fälle, in welchen sie fehlen (monosymptomatische Erkrankung).

Aber auch die Häufung hysterischer Stigmata giebt umgekehrt keine Gewähr, dass Alles im Krankheitsbild functionell ist. Neben der Hysterie

kann eine beliebige organische Erkrankung vorhanden sein. Solche Combination ist in der Praxis gar nicht so selten, wie z. B. Fälle von Hysterie, complicirt mit multipler Sclerose oder auch Syringomyelie erweisen. Die letztere Combination kann überdies recht schwierig für die Diagnostik sein, da die dissociirten Störungen der Empfindung, wie sie der Syringomyelie zukommen, auch durch Hysterie geboten sein können. Um zu einer sicheren differentiellen Diagnostik zu gelangen, erscheint es wünschenswerth, dass Fälle, welche der Diagnose Zweifel boten oder zu diagnostischen Irrthümern führten, gesammelt und studirt werden.

Souques hat in einer sehr werthvollen Studie über die „Syndromes hystériques", welche organische Erkrankungen des Rückenmarks vortäuschen (Paris 1891), versucht, dieser Aufgabe gerecht zu werden. Die deutsche Wissenschaft hat sich mit dieser wichtigen Frage differentieller Diagnostik bisher wenig beschäftigt. In theilweiser Erweiterung und Ergänzung des von Souques Gebotenen habe ich die nachfolgenden Fälle aus eigenem Beobachtungskreise zusammengestellt. Sie werden dem angehenden Praktiker den Beweis liefern, dass die Typen von Hirn- und Rückenmarkskrankheit, welche er in einseitiger Vorbildung an der Klinik fast ausschliesslich in organischer Begründung gesehen hat, in der Praxis auch als bloss functionell bedingte Bilder vorkommen können. Wie die folgende Casuistik lehrt, hat die Verwechslung functioneller und organischer Erkrankung oft verhängnissvolle Consequenzen. Zunächst bestärkt sie die Autosuggestionen des Kranken, organisch krank zu sein, raubt der wichtigen psychischen Therapie ihre Grundlagen und stellt schon dadurch die Möglichkeit einer Genesung in Frage. Aber auch die auf die falsche Diagnose gestützten directen therapeutischen Eingriffe können dem Patienten zu grossem Schaden gereichen.

Der Ausdruck „Simulation" organischer Krankheiten durch Hysterie ist ein unglücklicher, denn er fusst auf der irrigen Vorstellung, dass bewusst und absichtlich der Kranke ein solches Krankheitsbild biete. Ebensowenig passt die Bezeichnung der „Imitation" für alle Fälle, wenn sie auch der Thatsache einer unbewussten Projection von Vorstellungen in die Leiblichkeit gerecht wird. Einzig richtig erscheint die Bezeichnung solcher Krankheitsbilder als „Vortäuschung organischer Erkrankung", wobei das Schwergewicht hinsichtlich der Vortäuschung nicht auf der Seite des Beobachteten, sondern des Beobachters zu suchen ist und von dessen Erfahrung abhängig gedacht werden muss.

Hysterische Hemiplegien

1. Hemiplegien, einsetzend mit apoplectiformem Insult („Apoplexia hysterica“).

Beob. 1. Wiederholte rechtsseitige Hemiplegie, jeweils nach Emotionen, mit imitatorischer Verwerthung bezüglicher Erinnerungsbilder.

W., 33 J., Friseur, Wittwer, erblich nicht belastet, nie schwer krank gewesen, Vater von 3 gesunden Kindern, ohne hysterische Antecedentien, kein Potator, frei von Lues, mit Spuren von Rachitis am Skelet und einem Schädelumfang von nur 52,8 cm, hat Jahre lang seine Schwiegermutter mit r. Hemiplegie vor Augen gehabt. 1885 erlitt seine Frau eine Apoplexie mit r. Hemiplegie und r. Schulterschmerz, genas aber bis auf geringfügige Residuen.

1891 im April erlitt W. eine heftige Gemüthsbewegung. Sofort gab es ihm einen intensiven Stich in der r. Schulter und stürzte er bewusstlos zusammen. Nach einigen Minuten hieb er um sich, wurde dann ruhig, blieb bei getrübtem Bewusstsein noch etwa 24 Stunden, kam dann ganz zu sich, mit Amnesie für Alles, was seit dem psychischen Shok sich zugetragen hatte.

Pat. bot eine schlaffe Lähmung in r. OE und UE, totale r. Hemianästhesie inclus. Sinnesorgane, aber mit Ausschluss einer Stelle am r. Oberarm, an welcher man ein Vesicans applicirt hatte. An dieser Stelle empfand er lebhaften brennenden Schmerz. Er blieb noch einige Tage vergesslich, sprach schlecht, bekam Jodkali, trat eine Badekur in Pistyan an und wurde bis April 92 von allen Beschwerden frei.

Im Juni 92 bekam Frau W. einen zweiten Anfall von Apoplexie mit restirender r. Hemiplegie, anfänglicher Sprachlosigkeit und starken Schmerzen im r. Schultergelenk. Sie genas nicht. Herr W. hatte viel Sorgen und Kummer wegen seiner gelähmten Frau, musste seine 3 Kinder, die er sehr liebte, allein betreuen, überdies in seinem Beruf angestrengt arbeiten.

Am 14. 11. 93 erfuhr W. auf einem Geschäftsgang die Nachricht vom plötzlichen Tode seiner Frau. Er erschrak heftig, bekam sofort

ohne apoplectischen Insult, eine schlaffe Lähmung der r. OE. mit Anästhesie im r. Oberarm und Schultergürtel, sowie Parese der r. UE.

Jodbehandlung und neuerlicher Gebrauch von Bad Pistyan waren diesmal erfolglos, weshalb Pat. sich am 10. 11. 94 in meinem klinischen Ambulatorium vorstellte.

Pat. mittelgross, gut genährt, vegetativ ohne Befund. Augenhintergrund normal, concentrische Einschränkung für Weiss und Farben auf r. Auge, Dyschromatopsie; Pupillen, Augenmuskeln ohne Functionsstörung. Facialis intact, tactile, algetische thermische Hypästhesie in der r. Kopfhälfte, Ohr- und Nasenreflex r. schwächer. Geruch, Geschmack, Gehör intact; Gaumen- und Rachenreflexe sehr prompt, beiderseits gleich.

Das r. Schultergelenk ist spontan und bei passiver Bewegung äusserst schmerzhaft, ohne anatomische Veränderung. Bei passiver Bewegung stellt sich Rigor in den Schultergelenksmuskeln ein und wird das Gelenk steif. Keine Diathèse de contracture.

Gelingt es, die Aufmerksamkeit des Pat. abzulenken, so ist die Bewegung im r. Schultergelenk unbehindert und schmerzfrei.

Die r. OE. ist im Zustand schlaffer Parese, aber alle Einzelbewegungen sind möglich. Es besteht hochgradige Muskelschwäche, aber virtuell ist die grobe Muskelkraft vorhanden. So contrahirt sich bei befohlener Widerstandsbewegung gegen passive Streckung des gebeugten Armes kräftig der Triceps, bei gestrecktem Arm die Bicepsgruppe.

Wenn Pat. nicht an seine Lähmung denkt, verwendet er die r. Hand gleich der linken. Intentionell und emotionell besteht feinwelliger Tremor der ausgestreckten Arme, r. deutlicher als l.

Die tiefen Reflexe sind in den OE. nicht gesteigert.

Die cutane Sensibilität ist für alle Qualitäten an r. OE. distal bis übers Handgelenk herauf, herabgesetzt, hier ringförmig abschliessend.

Noch intensiver sind die sensiblen Ausfallserscheinungen an der Innenseite des Oberarms, an Schulter, Hals, Stamm, vorne bis zur Höhe der 5. Rippe, hinten bis zur Höhe des 10. Brustwirbels.

Tiefe Sensibilität und Lagevorstellung sind in r. OE. ungestört.

In den r. UE. werden häufig blitzartig durchfahrende Schmerzen geklagt.

Es besteht hier Amyosthenie, leichtes Schwanken des erhobenen Beins.

Der Gang ist normal, die Sensibilität unversehrt, der Patellarreflex prompt, gleich links. Der Bauchhautreflex ist beiderseits vorhanden.

Stigmata hysteriae sind nicht aufzufinden. Faradisation und Magnet bessern Motilität und Sensibilität; die Gelenkneurose weicht Wasserinjectionen, die an die Stelle einmaliger subcutaner Morphiuminjection treten.

Vorübergehend stört die Genesung eine episodische Myodynie mit Contractur im r. pectoralis, wobei Pat. sofort wieder in seiner Energie nachlässt, an seiner Zukunft zweifelt und das Vorbild seiner gelähmten Frau vor Augen hat. Faradisation und Wachsuggestion thun ihre Schuldigkeit.

Am 30. 12. 94 hält sich Pat. für gesund und verlässt das Spital.

Am 2. 1. 95, als Pat. gerade einen Kunden bediente — er hatte wieder eine Gemüthsbewegung erfahren — bekam er Schwindel, stürzte bewusstlos zusammen, blieb einige Stunden bewusstlos, kam dann mit schlaffer Lähmung der r. OE und stotternder Sprache zu sich. Schon am folgenden Tage gesellte sich eine sehr schmerzhafte Omalgie hinzu.

Pat. kommt am 5. 1. ins Ambulatorium der Klinik und bietet folgenden Befund.

Schlaffe Lähmung der r. OE., Amyosthenie der r. UE., Anästhesie für alle Qualitäten in beiden r. Extremitäten, Hypästhesie der l. UE., Hypästhesie auf r. Kopf-, Gesichts- und Halshälfte, r. Amblyopie, r. Gehörstörung, insofern die Perception durch die Kopfknochen null, durch den Meatus minimal ist.

Im r. Mundfacialis und in r. Zungenhälfte leichte Contractur, dabei zeitweise tic convulsifartige Zuckungen im r. Zygomaticus. Die vorgestreckte Zunge weicht nach links ab.

Pat. lässt sich am 14. 1. 95 neuerlich auf der Klinik aufnehmen.

Er klagt über heftige stechende Schmerzen in der Gegend des r. Schultergelenks, ausgehend vom r. Proc. coracoideus und von hier ins Gelenk, Arm bis zu den Fingerspitzen, Hinterhaupt und durch die r. Rumpfseite ins r. Bein ausstrahlend.

Die r. Facialis- und Zungencontractur noch angedeutet und Ursache von Klagen, zeitweise den Mund nicht ordentlich öffnen, nicht gut sprechen zu können.

Die r. Schulter ist in die Höhe gezogen und der Oberarm an die Thoraxwand angepresst (Contractur des Cucullaris und Pectoralis). Diese Contractur scheint eine reflectorische, von Omalgie hervorgerufen. Sie wird aber psychisch entschieden beeinflusst, denn wenn die Aufmerksamkeit des Pat. abgelenkt ist, erträgt das Gelenk ziemlichen Druck und lassen die Contracturen bedeutend nach.

Werden dem Pat. active Bewegungen aufgetragen, so gelingen dieselben im Schultergelenk nicht, da sich sofort die betr. Muskeln contrahiren. Oft nimmt sogar der Latissimus dorsi und selbst der Biceps Theil. Dabei kommt es zu lebhaftem Schütteltremor der r. OE. Derselbe Erfolg tritt bei passiver Bewegung ein.

Ellbogen-, Hand- und Fingergelenke sind andauernd schlaff und

anscheinend gelähmt. Fordert man aber den Pat. auf, eine Bewegung vorzunehmen, so entsteht eine kräftige Contraction in den Antagonisten. Wiederholt wird beobachtet, dass wenn Pat. nicht an seine r. Schulter denkt, er rascher und ausgiebiger Bewegungen im r. Schultergelenk fähig ist.

Die r. Hemihyp- bezw. Anästhesie beschränkt sich auf eine 15 cm. im Durchmesser haltende, für alle Qualitäten anästhetische Stelle am vorderen äusseren Abschnitt der Schulterhöhe. Innerhalb dieses anästhetischen Bereiches ist der Processus coracoideus höchst druckschmerzhaft.

Sonst finden sich keine Stigmata hysteriae. Unter anfänglicher Morphiuminjection, die aber inscio aegroto durch Aqua ersetzt wird, Faradisation des r. Schultergelenks und Anlegung eines Magnets allmäliges Schwinden der Beschwerden, wobei aber, anlässlich Gemüthsbewegungen des sehr emotiven Pat., wiederholt noch Relapse vorkommen. Entlassen am 5. 3. 95.

Beob. 2. Hemiplegia dextra, durch Emotion ausgelöst.

Ph., Sophie, 29 J., Handarbeiterin, aufg. 28. 2. 96 behauptet aus gesunder Familie zu stammen und stets gesund gewesen zu sein. 1895 Abortus im 5. Monat.

Am 27. 2. 96 hatte Pat. einen heftigen Auftritt mit einer Nachbarin in deren Zimmer gehabt. Sie ging darauf in ihre eigene Wohnung und stürzte daselbst bewusstlos nieder.

Nach einer halben Stunde kam sie zu sich, war noch gemüthlich sehr erregt, fühlte Kopfweh, Kriebeln in den Fingern der r. Hand und Schwäche in der ganzen r. OE., am folgenden Morgen Kriebeln in den Zehen des r. Fusses und Schwäche.

Pat. erschien bei der Aufnahme von kräftigem Körperbau. Schädel leicht rachitisch, Umfang 53 cm. Geringe Intelligenz, weinerliches Wesen, sehr emotionirt und gedrückt.

Die ganze l. Kopfhälfte auf Percussion sehr empfindlich. Sprache, Facialis, überhaupt Gehirnnerven ohne jegliche Functionsstörung.

Die Papillen bieten leichte Verschleierung an deren innerem Rande, jedoch bleibt es von fachmännischer Seite unentscheidbar, ob dieser Befund als pathologisch anzusprechen ist.

Am Stamm und auf der l. Körperhälfte keine Functionsstörungen. Bauchhautreflex beiderseits auslösbar.

Die r. OE. ist im Zustand einer schlaffen Lähmung und wird zu bewussten und willkürlichen Bewegungen nicht benutzt. Fordert man Pat. zu solchen energisch auf, so kommt es zu ganz geringfügigen kraftlosen Bewegungsleistungen in den grossen Gelenken, während die Finger gar nicht bewegt werden können. Auch im Bette liegt die r. OE. schlaff da,

Am r. Bein sind alle Einzelbewegungen möglich, jedoch im Hüft- und Kniegelenk mit sehr reducirter Kraft. Dorsalflexion des Fusses und Extension der Zehen gleich kräftig wie links, Plantarflexion wird wegen Wadenschmerzen nicht ausgeführt. Die r. Wade ist auf Druck äusserst schmerzhaft, aber auch leichtes Kneipen der Haut in ihrem Bereich ruft Schmerz hervor.

Wohl auf Grund dieser Schmerzen hinkt auch Pat. auf diesem Bein, das oft mit der Sohle am Boden schleift.

Vasomotorische und trophische Störungen bestehen nirgends. Tactile Sensibilität im Lähmungsgebiet, gleichwie tiefe unversehrt. Thermische und algetische Empfindung auf r. UE., OE., aber auch in r. Gesichtshälfte deutlich herabgesetzt.

Keine Rigorerscheinungen. Die tiefen Reflexe sind r. erheblich gesteigert.

Pat. verweilt nur bis zum 12. 3. 96 auf der Klinik. Geringfügige Besserung der Beschwerden.

Beob. 3. Recidivirende linksseitige Hemiplegie.

Ha., 38 J., ledig, Taglöhner, von trunksüchtigem Vater, von Kindesbeinen auf emotiv, reizbar, nie schwer krank gewesen, kein Trinker, ohne hysterische Antecedentien, erlitt am 6. 3. 94 einen heftigen psychischen Shok, indem ihm im Gasthause während des Schlafes sein Koffer mit all seinen Ersparnissen und Dokumenten gestohlen wurde.

Er war darüber sehr aufgeregt, verspürte sofort Kopfweh, Schwindel, konnte sich gar nicht beruhigen, blieb schlaflos. Am 10. 3. auf der Weiterreise, im dumpfen Eisenbahncoupé, wurde ihm plötzlich unwohl, schwindlig; er bemerkte, wie sein Gesichtsfeld sich verdunkelte, empfand mit einem Male ein blitzartiges Durchfahrenwerden („Riss“) in der linken Körperhälfte, verlor das Bewusstsein und stürzte zu Boden.

H. blieb $2^1/_2$ Tage lang in anscheinend tiefem Coma mit allgemeiner Resolution, kam in einem Spitale in Steiermark wieder zu sich, bemerkte, dass er auf der linken Körperhälfte gelähmt war und als er sie anfühlte, dass er Berührungen derselben nicht empfand. Die ärztliche Untersuchung ergab complete l. Hemianästhesie inclusive Sinnesorgane, Unbeweglichkeit der l. OE. und UE. Darauf, ob der Facialis mitgelähmt war, wurde nicht geachtet.

Pat. hatte ein Gefühl von Steifheit im l. Auge, war unfähig, beide Augen associirt zu bewegen, auch beide Lider vollständig zu öffnen und zu schliessen, sodass er, wenn er schlafen wollte, sich die Augen verbinden lassen musste.

Bei geschlossenem linken Auge waren aber das rechte und dessen Augenlider frei beweglich.

Pat. konnte mit der l. Kieferhälfte nicht beissen, den Kiefer nicht nach links bewegen. In der Mundhöhle konnte die Zunge nach allen Richtungen hin bewegt werden, wenn vorgestreckt, aber nur nach rechts.

Flüssigkeiten regurgitirten per nasum, feste Substanzen konnte Pat. anstandslos schlucken. Anosmie, Ageusie, l. Anacusie, und Amaurose.

Er war unfähig zu sprechen, brachte nur unarticulirte Töne hervor und empfand bei Sprechversuchen, aber auch sonst, ein Gefühl, als ob ein Knödel im Halse stecke und ihn würge (Globus). Das Verständniss für an ihn gerichtete Fragen war ungestört. Die Bewegung des Kopfes nach links war eingeschränkt.

Pat. empfand Kopfweh, war frei von Schwindel und Erbrechen, der Schlaf war gestört durch schwere Träume, der Puls 48.

Schwitzen wurde nur auf der rechten, auch in allen sonstigen Functionen intacten Körperhälfte bemerkt. Kein Fieber, vegetative Organe ohne Befund.

Um den 21. 3. schwand der Kopfschmerz; Ende März kehrte die Sprach-, Schling-, Riech- und Schmeckfähigkeit wieder, auch besserte sich die l. Hörfähigkeit.

Anfang April änderte sich die l. Sehstörung in der Weise, dass in Armlänge vor dem l. Auge eine schwarze, gegen das Centrum hellere Scheibe auftauchte, deren Ränder zugleich das ganze l. Sehfeld abschlossen. Diese Scheibe (Scotom) rückte allmälig bis auf 2 m weit hinaus und verschwand eines Tages. Zugleich stellte sich monoculare Diplopie auf dem l. Auge ein. Das Gefühl der Steifheit in diesem schwand, desgleichen die Lähmung in der l. Portio minor trigemini und in den l. Extremitäten. Pat. fühlte sich Mitte April wieder arbeitsfähig und verliess am 16. 4. das Spital.

Am gleichen Tage machte er einen Marsch von 2 Stunden, war in Sorge, noch rechtzeitig auf der Bahnstation anzukommen, regte sich darüber auf, empfand plötzlich Schmerz im l. Oberschenkel, Schwere, Schwäche und Ungeschicklichkeit im l. Fuss, der herabzuhängen begann und beim Gehen den Boden streifte.

Er erreichte mühsam die Station, der Zug war fort. Zunehmende Schwäche in der l. UE. erweckte in ihm die Befürchtung neuerlicher Lähmung.

Am 17. war auch der l. Arm paretisch geworden. Pat. ging neuerdings ins Spital und als nach 8 Tagen keine Besserung zu bemerken war, liess er sich nach Wien bringen.

Stat. praes. 26. 4. 94 in der Klinik: Pat. von kräftigem Körperbau, vegetativ ohne Befund, Schädel normal. Sensorium frei. Miene eines

schwer Leidenden, Gefühl schwerer Krankheit, grosse Emotivität. Besorgnisse wegen Siechthums. Kein Schwindel, kein Kopfschmerz, Puls 60.

Schlaffe Parese in l. OE. und UE., besonders insufficient das Peronealgebiet; der l. Fuss beim Gehen nachschleifend, aber keine Circumduction des l. Beins wie bei länger bestehender organischer Hemiplegie.

Alle Einzelbewegungen in l. OE. und UE. möglich, aber ganz kraftlos, unter sichtlicher Anstrengung und unter reichlichen Mitbewegungen. Das beim Gehen sichtbare Herabhängen des l. Fusses ist in Bettlage nicht zu bemerken. Bei mehrfacher Wiederholung werden die betr. intendirten Bewegungen immer ausgiebiger. Ist die Aufmerksamkeit des Pat. abgelenkt, so bewegt er Augen, Zunge, l. OE. und UE. viel besser. Die tiefen Reflexe auf beiden Körperhälften gleich und etwas gesteigert. Bauchdeckenreflex r. und l. vorhanden. Ein Ausfall der Facialisfunction besteht nirgends.

In der Mundhöhle wird die Zunge anstandslos nach allen Richtungen bewegt; wenn vorgestreckt, weicht sie constant und stark zitternd nach rechts ab.

Die Bewegung derselben nach links gelingt trotz bedeutender Anstrengung nur unvollkommen und unter gleichzeitiger krampfhafter Mitbewegung von Hals- und Schultergürtelmuskeln.

Krampfhafte Erscheinungen an der Zunge sind nicht wahrzunehmen. Das Sprechen erfolgt anstandslos.

Die Leistungen in der Portio minor trigemini erweisen sich intact, bis auf Unfähigkeit den Unterkiefer nach links zu verschieben.

An den Augenlidern keine Störung, keine Schielstellung der Bulbi. Fordert man aber den Pat. auf binocular rechts oder links seitwärts zu blicken, so bleiben die Bulbi, trotz sichtlicher Anstrengung, starr geradeaus gerichtet. Intentionszittern tritt bei solchen Bemühungen nicht ein.

Die gleichzeitige Bewegung der Bulbi sursum oder deorsum ist nicht gestört.

Verdeckt man dem Pat. das linke Auge mit der Hand, so ist das rechte von seinem Bann befreit und nach allen Richtungen frei beweglich, aber bei plötzlicher Entfernung der deckenden Hand zeigt sich auch das vollständige associative Mitgehen des l. Auges mit den Bewegungen des rechten.

Wird bloss eine Scheidewand zwischen beiden Augen errichtet, so ist dieser Erfolg nicht zu erzielen.

Die etwas über mittelweiten Pupillen reagiren normal. Rechts normale Sehschärfe, links bedeutende Amblyopie. Fundus normal; Gesichtsfeld l. für Weiss und Farben bedeutend concentrisch eingeengt (auf

10—12°). Es besteht l. Anosmie, Anosmie, Ageusie, Hemihypästhesie für alle Reize. Lagevorstellung und Gefühl passiver Bewegung sind l. sehr mangelhaft, Haut- und Schleimhautreflexe desgleichen sehr herabgesetzt. Die Sprache ist gedehnt, saccadirt; die Exspiration erfolgt ruckweise.

Kauen und Schlingen sind nicht gestört. Die Functionen der r. Körperhälfte sind intact.

Die weitere Beobachtung lehrt, wie sehr objective Symptome psychisch beeinflusst sind. So erweist sich die associative Augenbewegung im Affekt intact.

Bringt man durch Faradisation die l. OE. in horizontale Lage, so behält Pat. diese Lage auch nach dem Oeffnen des Stromes bei.

Unter Wachsuggestion und etwas Elektrisation rasche Aufbesserung der gestörten Motilität und Sensibilität.

7. 5. noch etwas Asynosthenie im früheren Lähmungsgebiet. Die associirte Blicklähmung geht zurück, aber der l. Rectus superior und inferior zeigen sich nunmehr insufficient und bei offenen Augen und Intention sursum und deorsum bleibt auch der r. gleichnamige Muskel zurück, während bei geschlossenem l. Auge der Bulbus in der Richtung des betr. Muskels die volle Excursion leistet.

Das l. Gesichtsfeld ist auf 20° erweitert. Es besteht noch l. monoculäre Polyopie und Amblyopie in der Entfernung von 0,3—1,5 m. Bei Annäherung eines Gegenstandes unter 0,3 m tritt Diplopie durch Insufficienz des l. M. rectus int. ein (Doppelbilder parallel, einander nahe).

Eine bekannte Gestalt, die sich nähert, sieht und erkennt Pat. deutlich erst bei Annäherung auf etwa 2 m. In gleicher Entfernung etwa ist das Scotom localisirt.

Es hellt sich gegen das Centrum auf, bildet eine Scheibe von etwa 1,5 m Durchmesser.

Schwaches Intentionszittern des r. Rectus int. bei Convergenz.

Gaumen- und Rachenreflex l. noch stark vermindert. L. nur noch Hypästhesie.

16. 5. (Gesichtsfeld auf 32° erweitert, um ein Geringes weniger für Roth und Grün.)

Diplopie und Polyopie geschwunden. Scotom auf 10 m hinausgerückt. Monoculäre Bewegungen links nach allen Richtungen noch insufficient, binoculäre besser, aber schwächer als rechts.

Ausser geringfügiger Herabsetzung der l. Hörschärfe bei Knochen- und Luftleitung und ganz geringer cutaner Hypästhesie, Sensibilität intact. Motorische Störungen geschwunden. Gaumen- und Rachenreflexe l. wiedergekehrt. Am 17. 5. wurde Pat. genesen entlassen.

Folgender von Dr. Bischoff in der Grazer Nervenklinik beobachtete und in der Wiener klin. Wochenschrift 1894. 18 mitgetheilte Fall von „hysterischer Apoplexie“ ist dem vorangehenden so überaus analog und erweist damit eine solche empirische Gesetzmässigkeit der Symptome, dass ich es mir nicht versagen kann, jenen im Auszug hier mitzutheilen.

Beob. 4. Analoger Fall.

J., Tischlergehilfe, 28 J., unbelastet, frei von allen hysterischen Antecedentien bis auf irrelevante Infectionskrankheiten. Früher gesund, intelligent, fleissiger Arbeiter, hatte vor Kurzem eine heftige Gemüthsbewegung erlitten.

Am 23. 11., unter heftigem Kopfweh, plötzliches apoplectisches Zusammenstürzen. Nach 2 T. im Spital, regungslos (Coma), congestiv. Respiration mühsam, stöhnend. Auf Anrufen geringes Oeffnen der Augen und des Mundes.

Schlaffe Lähmung der l. Extremitäten, aber bei passiver Bewegung leichter Widerstand derselben. Tiefe Reflexe in beiden UE. gesteigert. Plantarreflexe fehlend. R. Pupille etwas weiter als l., beide auf Licht reagirend.

Puls 48, Herztöne schwach.

24. 11. früh Bewusstsein wiedergekehrt, l. Hemiplegie, l. complete Hemianästhesie. Zunge nach r. abweichend. Die passive Eröffnung des Mundes gelingt Anfangs nicht wegen sofort sich einstellender Contractur der Masseteren. Mutismus. Kopfschmerz, l. Unterlippe unbeweglich, Puls 68. Mund nach r. verzogen.

25. Sensorium frei, Schrift- und Geberdensprache. Flüstern phonisch. Pat. kann A aussprechen. Zunge wird zitternd nach r. vorgestreckt, nach jeder Richtung, ausser nach links, beweglich.

Augenschluss unter Zittern. Stirnrunzeln wenig möglich.

Das l. Auge amblyopisch. Sein Gesichtsfeld von einer schwarzen Scheibe eingenommen. Bei binocularem Versuch der Augenbewegung ist die conjugirte Bewegung frei bis auf erschwerte Blickbewegung nach links, gelingt aber auch nach dieser Richtung bei rascher Bewegung.

Bei bedecktem r. Auge gelingen die des linken nur minimal nach innen, oben, unten, gar nicht nach aussen. (Das gesunde r. Auge erleichtert somit die associirte Bewegung des linken, mit Ausnahme der Leistung des Abducens.)

Bei bedecktem linken Auge erfolgt die Bewegung des r. Auges und die associirte des l. frei nach allen Richtungen. (Das l. Auge übt somit eine Hemmung auf die Bewegung des r.).

Bei Convergenz bleibt das l. Auge zurück. (Es wiederholt sich also in diesem Fall bis zu einem gewissen Grad die in Beob. 3 beobachtete vollständige Hemmungswirkung des l. functionell in seinen Bewegungen gestörten Auges auf das andere — offenbar ein psychischer Akt, insofern der Kranke die bewusste l. Insufficienz auf die associirten Bewegungen des gesunden r. Auges überträgt und sie damit hindert. Bei ausgeschaltetem l. Auge, in welcher Situation Pat. bewusst nur r. innervirt, fällt dieser hemmende Einfluss auf das andere Auge).

In l. UE. am 25. 11. geringfügige active Beweglichkeit der Zehen und des Unterschenkels möglich. Fortdauer l. totaler Hemianästhesie, mit concentr. Einengung des l. Sehfelds für Weiss und für Farben. Fingerzählen nur bei Annäherung derselben auf 2 cm. Gehör l. schwach, aber Rinne positiv; l. Anosmie, Ageusie, Nasen- und Würgreflexe verspätet eintretend. Die tiefen Reflexe in UE. sind r. stärker als l. gesteigert.

Plantarreflex fehlt links.

In den folgenden Tagen keine Aenderung, bis auf Entwickelung hyperästhetischer Plaques im anästhetischen Gebiet.

Am 30. 11. nach Aerger Convulsionsanfall von 2½ Std. Dauer mit 48 Pulsfrequenz.

Beim Zusichkommen verlangt Pat. nach dem Geistlichen, da er nun sterben werde. Vom 1. 12. ab Faradisation. Nach der 2. Sitzung sind Arm und Bein wieder gebrauchsfähig. Nach 3. Sitzung Wiederkehr der Sprache. Facialisparese (?) geschwunden. An ihre Stelle tritt rhythmischer Klonus im Platysma und Sternocleidomastoideus, r. stärker als l. Sensible, sensorielle und Augenmuskelstörungen unverändert.

Pat. furchtsam, weinerlich. Unter Gymnastik und Faradisation allmälige Beseitigung der motorischen Störungen der Extremitäten.

Im Januar neuerlich Parese im l. OE. und l. Mundfacialis, dabei Zunahme der l. Gesichtsfeldeinschränkung.

Allmälig Schwinden dieser Beschwerden.

Am hartnäckigsten bleibt die associative Augenmuskelstörung, die erst nach 2 Monaten sich verliert. Die klonischen Krämpfe waren rasch auf Suspensionsbehandlung geschwunden.

Als Pat. nach 3monatlichem Aufenthalt das Spital verliess, bestand l. noch eine leichte Amyosthenie und Hypästhesie, besonders am l. Auge.

Beob. 5. Rechtsseitige Hemiplegie nach Emotion.

K., Elise, 18 J., Gutsbesitzerstochter, angeblich unbelastet, früher gesund, erkrankte vor einem halben Jahre ohne bekannte Ursache an Hysterie (Globus, epigastrische Myodynie, l. Ovarie, Palpitationen, grosse Emotivität) und verlor die Menses.

Wegen sehr schmerzhafter Contractur der Mm. recti abdominis hatte man Morphiuminjectionen gemacht. Daraus waren Abscesse entstanden. Pat. kam deshalb am 26. 8. 88 auf die chirurgische Klinik in Graz.

Pat. schwächlich, durch Anorexie und geringe Nahrungsaufnahme sehr abgemagert, anämisch.

Globus, Oppressionsgefühl auf dem Sternum. Mm. recti abdominis bretthart, in Contractur und sehr empfindlich. Spinalirritation, l. Ovarie. Sensibilität und Motilität ungestört. Grosse Emotivität, Furcht vor Operation und Tod im Spital.

Am 26. 9. Chloroformnarcose behufs genauer Untersuchung wegen eines vermutheten Tumor abdominis. Incision der Abscesse.

Nach der Narkose war Pat. wieder bei sich. Auf dem Transport ins Krankenzimmer Bewusstseinsverlust mit allgemeiner Resolution (Lethargus). Nach einigen Stunden dann Klonismen im r. Accessoriusgebiet, inspiratorischer Krampf der Stimmritzenmuskeln (Laryngismus stridulus), Singultus, enorme Reflexerregbarkeit im Pharynx, mit Unfähigkeit zu schlucken.

In diesem Zustand gelangt Pat. auf die Nervenklinik. Lethargus schwindet, Krampferscheinungen fortdauernd. Druck auf hysterogene Zonen dagegen erfolglos.

Das r. Auge offen, aber anlässlich Krämpfen sich schliessend, r. Nasenloch enger als links und bei der Exspiration der r. Nasenflügel sich aufblähend; r. Mundwinkel steht tiefer als links, die r. Wange erschlafft. Das l. Auge meist geschlossen, im l. Facialisgebiet keine Spuren von Krampf.

Die r. OE. schlaff, paretisch, beide UE. gestreckt, starr, steif. Rechts der epigastrische und Bauchreflex prompt, l. schwach.

R. Hemihypästhesie. Nahrungsaufnahme wegen enormer Reflexerregbarkeit im Pharynx nicht möglich. Grosse Schwäche, Nährklysmen, Campherinjection. Auf heisse Umschläge ad nucham schwinden am 28. 9. die Krämpfe. Bougirung des Pharynx beseitigt allmälig die Hyperästhesie, sodass Sondenfütterung möglich wird.

Bemerkenswerth ist, dass während der der Pat. sehr unangenehmen Fütterungen sie unbewusst beide OE. zur Abwehr braucht und sich mit beiden Füssen gegen das Fussbrett des Bettes stemmt, während in Ruhe r. Arm und Bein den Befund einer schlaffen Lähmung zeigen. Pat. wird gut genährt, schläft wieder, erholt sich, bietet aber bei der Anfangs October erfolgenden Abholung durch die Mutter noch r. Hemiparese incl. Facialis.

Beob. 6. Linksseitige Hemiplegie nach Emotion.

Frau L., 38 J., stammt von neuropathischer Mutter. Eine Schwester leidet an Asthma.

Pat. ist seit 10 Jahren, in Folge von Gemüthsbewegungen, an Hysterie leidend (Lach-, Weinkrämpfe, Schlafanfälle u. s. w.). Nach einer heftigen seelischen Aufregung stürzte sie im Juli 94 bewusstlos zusammen. Nach etwa einer Stunde wieder zu sich gekommen, bot sie l. Hemiplegie incl. Facialis und Hemianästhesie im Lähmungsgebiet. Die ersten Tage habe sie nur lallen können. Rasche Besserung der l. Lähmung; nach 4 Wochen reisefähig. Ein hervorragender Kliniker vermuthete luetische Ursache, sandte Pat. nach Hall, wo eine Inunctionskur neben der Badebehandlung durchgeführt wurde. Sie genas dort vollständig.

Im October 94 neuer psychischer Shok. Sofort bewusstlos, blieb so 2 Tage, delirirte noch 1 Tag und will schwer gesprochen haben. Keine Hemiplegie diesmal.

Anlässlich einer Consultation am 26. 4. 95 constatirte ich r. Amblyopie, Gesichtsfeld stark concentrisch eingeschränkt, sonst keine Stigmata hysteriae. Keine Residuen von Lähmung, überhaupt keine motorischen Störungen. Vegetative Organe ohne Befund. Keine Spuren von Lues (3 gesunde Kinder). Pat. behauptet, dass sie anlässlich Emotion in l. Zunge und l. Wange Ameisenkriechen verspüre und erschwert spreche.

Beob. 7. Rechtsseitige Hemiplegie nach Sturz von einem Gerüst.

L. 43 J., Maurer, Wittwer, angeblich unbelastet, nie luetisch erkrankt gewesen, ziemlicher Potator (2 Liter Wein täglich), früher gesund, stürzte am 10. 6. 92 vom 3. Stockwerk eines Neubaues herab und konnte erst nach mehreren Stunden bewusstlos unter den Trümmern hervorgezogen werden.

Ob Pat. gleich von Anfang an bewusstlos geworden war oder erst im Verlauf, konnte nicht festgestellt werden. Er blutete aus Mund, Nase, Ohren, hatte, ausser zahlreichen leichten Verletzungen an Stamm und Extremitäten, eine Verletzung des l. Bulbus und beiderseitige Ruptur des Trommelfells erlitten. Pat. soll 6 Tage bewusstlos geblieben sein und bot eine Lähmung der r. OE. und UE.

Als Pat. sich im Frühjahr 93 auf der Augenklinik einer Operation unterzog, constatirte man Anästhesie der r. Zungenhälfte und des r. Nasenkanals.

Pat. war bis 1894 bettlägerig. Von da ab besserte sich seine r. Lähmung soweit, dass er mit Hilfe eines Stocks mühsam gehen konnte.

Von nun an stellten sich aber Jacksonanfälle ein, die folgendermassen beschrieben werden: Etwa 10 Minuten vor Eintritt des Anfalls heftiger Schwindel und Gefühl von Ameisenkriechen im ganzen Körper. Pat. stürzt dann bewusstlos zusammen und bekommt theils tonische theils klonische Krämpfe, die jeweils in der r. UE. beginnen, sich dann auf die r. OE. und manchmal auch aufs Gesicht fortsetzen. Es handelt sich immer um Anfallsserien von 6 Stunden bis 2 Tagen.

Nach dem Anfall allgemeines Schwächegefühl, Zunahme der Schwäche in den r. Extremitäten, heftige Kopfschmerzen und Aphasie, welche 3—14 Tage die Krampfanfälle überdauert. Solcher Anfälle will Pat. bisher etwa 12 gehabt haben. Er weiss sie nicht zu erklären. Bemerkenswerth ist jedoch, dass Pat. nach wie vor viel Wein trinkt. Von Alkoholintoleranz seit dem Trauma hat er nichts bemerkt.

Seit Sommer 95 bemerkte Pat. Schmerzen im ganzen Körper und neuerliche Zunahme der Schwäche der r. Extremitäten, dazu Polydipsie (bis 12 Liter täglich), weshalb er am 9. 12. 95 die Nervenklinik aufsuchte.

Pat. gross, kräftig, Schädel ohne Narben, Cf. 58 cm. Intelligenz ohne Defekt. Vegetative Organe ohne Befund.

Der ganze Schädel auf Percussion sehr empfindlich, die Wirbelsäule auf Druck, besonders im Lendentheil. Clavus, Globus, Druckschmerz in den Hypochondrien, r. stärker als l., mit regionärer cutaner Hyperästhesie. R. Anosmie, r. starke concentrische Einengung des Gesichtsfelds, aber keine Amblyopie (l. durch Iriscolobom und Cornealnarbe nur

quantitative Lichtempfindung; l. Nictitatio bis zu temporärem Blepharospasmus. Auf der r. Gesichtshälfte Hypästhesie für alle Empfindungsqualitäten. Scleral-, Ohren-, Nasen-, Gaumen-, Rachenreflex r. bedeutend vermindert. Die Geschmacksempfindung fehlt im vorderen Drittel der Zunge. Der r. Facialis vollkommen sufficient. Beiderseits Otitis media chronica suppurativa; r. Hypacusis, dabei fehlt r. für Taschenuhr und tiefe Stimmgabeltöne die Knochenleitung.

Die r. OE. bietet schlaffe Parese, aber von wechselnder Intensität. Zeitweise begegnen passive Bewegungen durch Contraction der Antagonisten erheblichem Widerstand, sodass unbewusst erhebliche Innervation möglich ist und an dem Vorhandensein latenter ansehnlicher grober Muskelkraft nicht zu zweifeln ist. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit werden auch active Bewegungen gelegentlich beobachtet. Rigor oder Contracturen bestehen nicht, auch keine trophischen und vasomotorischen Störungen. Die tiefen Reflexe sind beiderseits gleich und gesteigert. R. Rumpf und OE. bieten cutane Hypästhesie für alle Qualitäten. Auch die Lagevorstellung und das Gefühl passiver Bewegung sind sehr herabgesetzt; die Stereognose fehlt. Der Bauchreflex (sehr schlaffe Bauchdecken) fehlt beiderseits.

An der r. UE. besteht schlaffe Parese. Beim Gehen erfolgt Nachziehen derselben. Beim Stehen Tremor, Angst zu stürzen, aber die blosse Markirung einer Stütze genügt, um Pat. frei stehen zu lassen.

Trophische und vasomotorische Störungen bestehen nicht. Die tiefen Reflexe sind r. und l. mässig erhöht. Die oberflächliche und tiefe Sensibilität ist für alle Qualitäten sehr gestört. Durchstechen einer Hautfalte ist schmerzlos und erfolgt ohne Blutaustritt. Der Plantarreflex ist r. etwas herabgesetzt.

Pat. klagt über Detrusorschwäche, Obstipation, stechenden Schmerz in Kopf und OE., Herzklopfen, fliegende Hitze, schlechten Schlaf. Er bietet Polydipsie, ist sehr emotiv.

In mehrwöchentlicher Spitalbehandlung unter Gymnastik, Wachsuggestion, Electrisirung bedeutende Aufbesserung der r. Parese.

Beob. 8. Linksseitige recidivirende Hemiplegie.

R. 27 J., ledig, Techniker, angeblich aus unbelasteter Familie, hat ausschweifend gelebt, ist jedoch nicht luetisch inficirt geworden.

Im Februar 96 erlitt er durch eine Detonation einen heftigen Schreck, stürzte bewusstlos zusammen und kam nach etwa 10 Minuten mit l. Hemiplegie zu sich. Ueber Details sind keine Angaben zu gewinnen. Die Lähmung soll sich rasch gebessert haben. Pat. blieb aber emotiv, verstimmt, schlief schlecht, träumte schwer, schreckte über schreck-

haften Träumen oft aus dem Schlafe auf. Im April und am 10. Mai 96 erfolgten mehrstündige Anfälle hysterischer Verwirrtheit.

Am 29. 6. 96 nach Alkoholexcessen stürzte R. bewusstlos auf der Strasse zusammen, wurde in ein Spital gebracht, wo er durch 3 Tage bewusstlos geblieben sein soll. Zu sich gekommen, bot er eine l. Hemiplegie. Diese besserte sich rasch. Gegen den Rath der Aerzte verliess er schon am 10. 7. das Spital, zechte und excedirte bis zum 12. 7., an welchem Tage er wegen eines hysterisch deliranten Zustands auf die psychiatr. Klinik gebracht werden musste. Am 15. 7. kam Pat. amnestisch für diese delirante Zeit zu sich.

Er bot l. Hemiparese, zeitweiliges tremorartiges Zucken des l. Mundwinkels, Kinns und der l. Hand. Der l. Buccinator insufficient, die l. Nasolabialfalte etwas tiefer und kürzer (Andeutung von Contractur). Hypoglossus, motor. Trigeminus, Augennerven intakt in ihrer Funktion.

In l. OE. und UE. alle Einzelbewegungen möglich, aber grobe Muskelkraft sehr gering. Die galvanische indirecte Erregbarkeit leicht gesteigert.

Gesichtsfeld l. concentrisch eingeschränkt, l. Hypacusie, Geruch, Geschmack herabgesetzt. Hemihypaesthesia sinistra. Schleimhaut- und tiefe Reflexe l. erhalten. Bauchhautreflex r. und l. auslösbar. Globus.

Mit diesem Befund wurde Pat. auf sein Verlangen am 20. 7. 96 entlassen.

Folgende hierher gehörige Fälle hat Higier (Warschau) in der Wiener Klin. Wochenschrift 1894, 18. 19. 21 veröffentlicht.

Beob. 8. Linksseitige Hemiplegie nach Emotion. X., Uhrmacher, 18 J., aus neurotisch belasteter Familie, war als Kind scrophulös, litt mit 11 J. eine Zeitlang an Erbrechen, später 6 Monate an Singultus, vor 5 Jahren 7 Monate lang an Polyurie, Polydipsie, Polyphagie, wahrscheinlich auch Glycosurie, nach Pneumonie vor 1½ Jahren 3 Monate an Aphonie, die plötzlich schwand und an Globus.

Seit Jahren sexuelle Schwäche der UE., gedrückte oft hypochondrische Stimmung, seit 1 J. häufig Herzpalpitationen. Keine Masturbation. In Folge physischer und intellectueller Anstrengung oft Migraine und Insomnie.

Drei Wochen vor der Aufnahme, nach reichlichem Mittagsmahl und psychischer Erregung, unter Gefühl als schiesse ihm plötzlich etwas in die Stirn, apoplectiformes Zusammenstürzen. Anscheinend 2¼ Stunden comatös, ganz resolution, mit langsamer, tiefer schnarchender Respiration. Zu sich gekommen sprachunfähig und unvermögend die Zunge zu bewegen durch 3 Tage (Mutismus). Etwa 4 Stunden nach dem Insult, unter anhaltendem Kopfweh, schlaffe Lähmung der l. OE. und UE. verlor. Facialis. Nach 7 Tagen Rückgang der Lähmung im l. Bein.

Stat. praes. 3 Wochen post insult.: vegetativ normal, Intelligenz und Sprache intact. Aufgeregtheit, Schlaflosigkeit, Kopf- Zahnschmerz. Motilität r. intact, l. Facialis gut innervirt. L. OE. in schlaffer Lähmung bis auf Flexion und Extension im Index und Contractur in l. Carpalgelenk, dabei l. Schulter in die Höhe gezogen. L. UE. paretisch

nicht ataktisch, auch nicht spastisch. Bewegung in den Zehen ziemlich normal, in den übrigen Gelenken beschränkt. Beim Gehen l. Bein nachschleppend. Tiefe Reflexe normal. Plantarreflex r. und l. fehlend, sonst cutane Reflexe erhalten. Scleral- und Cornealreflex beiderseits, Uvula- und Pharynxreflex l. aufgehoben. L. Hemianästhesie inkl. tiefe Sensibilität, bis auf erhaltene Stellen erhöhter Sensibilität an l. Gesichtshälfte, l. Bein und Rumpfhälfte.

Im Gebiet der unteren Facialisäste öfter clonisch-tonische Contractionen, öfters Verziehen von Unterlippe und Zunge nach r. [illegible] Auf Commando kann Pat. nicht Lippen spitzen, pfeifen, wohl aber wenn unbeobachtet und zufällig innervirend.

Heiserkeit, nasale Sprache. L. Gehör, Geschmack, Geruch minimal, l. Amblyopie, monoculare Polyopie und Makropsie bei Nah- und Fernsehen. Augenspiegel negativ. L. Gesichtsfeld concentrisch für Weiss und Farben eingeengt.

Behandlung: Hypnose und Magnet. In 1. Sitzung Lähmung suggestiv behoben. Wiederholte Hy. [illegible]anfälle. Unter einfacher Hypnose ohne Ertheilung von Suggestionen bedeutende Besserung bis zum Austritt am 20. 9.

Beob. 10. Rechtsseitige Hemiparese. Frau, 62 J., Arteriosclerose, hysterische Antecedentien bis vor 10 Jahren. Unter vorausgehendem Schwindel apoplectiformes Zusammenstürzen. Darauf r. Hemiparese bei intactem Facialis und Hypoglossus, r. sensitiv sensorielle Hemianästhesie, concentr. Gesichtsfeldeinschränkung an beiden Augen, leichte [illegible]. Oedem am r. Unterschenkel. Schwinden der meisten Symptome unter Magnetbehandlung.

Beob. 11. Rechtsseitige spastische Hemiparese. Frau, 60 J., ohne palpable Ursache 6 Wochen vor der Aufnahme apoplectiformes Zusammenstürzen. Lag 1 Stunde „wie todt“, bewusstlos.

Bei der Aufnahme R. spastische Hemiparese, Hyperästhesie der paretischen Glieder, posthemiplegisches Zittern derselben, ähnlich Paral. agitans. Permanent Kopfschmerz in l. Scheitelgegend, bei Druck gesteigert, epileptiforme Anfälle im Lähmungsgebiet.

Verdächtige Papillen; hysterische Stigmata. Labilität und schliessliches Schwinden der Krankheitssymptome bei indifferenter Therapie.

2. Hemiplegien ohne apoplectiformen Insult, meist allmälig entstanden.

Beob. 12. Linksseitige Hemiparese nach psychischem Trauma.

D., 32 J., Hebamme, stammt aus einer Familie, in welcher mehrfach Psychosen und schwere Neurosen vorgekommen sind. Sie erlitt mit $1^1/_2$ J. einen Anfall von Convulsionen mit vierstündiger Bewusstlosigkeit, war geistig schlecht begabt, sehr nervös, emotiv, zu Autosuggestionen geneigt, bildete sich schon als Mädchen alle möglichen Krankheiten ein.

Menses mit 16 J., unregelmässig und mit Schmerzen. Seit 1892 zeitweise Detrusor vesicae insufficient, ohne alle Begründung. Seit 1893 oft heftige Cephalaea mit Furcht vor Irrsinn, häufig Globus. Im Frühjahr 95 einige Wochen angeblich binoculare Diplopie, die auf Electrisiren schwand.

Ende März 96, einige Tage nach an einem psychischen Trauma (eine von Pat. gepflegte Wöchnerin wurde plötzlich irrsinnig, bedrohte sie) Kopfweh, Erbrechen, Schüttelfrost, zunehmende Schwäche in l. OE und UE. Pat. bringt einige Tage im Bett zu, geht dann, den l. Fuss nachschleifend, herum und kommt am 26. 5. 96 zur Aufnahme auf der Klinik.

Rachitischer Schädel, Cf. 54. Klagsam, weinerlich, vom Gefühl schwerer Krankheit praeoccupirt. Keine Lues, kein Potus, keine Nephritis, kein Vitium cordis.

In Ruhe keine Störung im Facialis; bei mimischer Bewegung leichte Contractur im r. Mundfacialis, die eine Insufficienz des l. Facialis vortäuscht. Bei festem Lidschluss tritt eine verstärkte Mitbewegung im r. Mundfacialis zu Tage.

Es besteht auch eine leichte Contractur der r. Zunge. Diese weicht beim Vorstrecken nach l. ab, ist aber nach allen Richtungen frei beweglich.

Das Gesichtsfeld ist r. beträchtlich, l. weniger stark für Licht und

Farben eingeengt. Sonst ist im Bereich der Gehirnnerven keine Störung auffindbar.

Die l. OE. ist theils durch Amyosthenie, theils durch Contracturen in ihrer Beweglichkeit sehr behindert. Die l. Schulter steht tiefer (gelegentlich aber auch höher) als die r. Die l. Scapula ist der Wirbelsäule genähert (Rhomboideuscontractur), der Oberarm gegen den Thorax angepresst (Pectoraliscontractur), der Vorderarm ist leicht supinirt, die Hand und Finger sind flectirt, aber ohne Contractur.

Diathèse de contracture besteht nicht. Die tiefen Reflexe sind sehr gesteigert, der l. plexus brachialis und seine Nerven im Verlauf sind sehr druckempfindlich, die Sensibilität ist intact.

Am Rumpf wandelbare myoalgische Stellen und Ovaria duplex. Bauchhautreflex beiderseits vorhanden.

Die l. UE. ist höchst muskelschwach, die Peroneusgruppe ausgesprochen paretisch. Der Gang ist spastisch, aber ohne Circumduction, der Fuss wird am Boden geschleift und stösst mit der Spitze an. Es besteht Patellar- und Fussclonus. Die Sensibilität ist unversehrt, aber die Nervenstämme sind sehr druckempfindlich, der Plantarreflex normal. Gelegentlich tritt spontan oder auf blosses Anfassen des Beins Schütteltremor in demselben auf. Die r. OE. und UE. sind ohne pathologischen Befund.

Am 28. 5., gelegentlich einer klinischen Demonstration, bietet Pat. ganz das Bild einer organischen Hemiplegie, sogar Circumduction im Hüftgelenk.

Dieser Eindruck schwindet aber bei genauer Beobachtung, die einen auffälligen, mit einer organischen Hemiplegie unvereinbaren Wechsel in der Intensität, Extensität und Qualität der motorischen Störungen aufweist. Ueberdies sind diese Insufficienzen und Contracturen durch Auto- und Fremdsuggestion sehr beeinflussbar. Die Contracturen werden durch Emotion oder Intention jeweils hervorgerufen. Auch bei passiver Bewegung findet man in denselben Muskelgruppen zeitweise hochgradigen Rigor, dann wieder freie Beweglichkeit.

Aus diesen Gründen konnte die klinische Diagnose nur im Sinne einer functionellen (psychischen, hysterischen) Lähmung lauten.

Dazu kam 1. das Fehlen jeglicher, organische Erkrankung motivirenden Ursache; 2. die Erkrankung bei einer Hysteropathischen im Anschluss an ein psychisches Trauma; 3. das Fehlen l. Facialislähmung und ihr Ersatz durch r. Facio (lingual) contractur; 4. das Ausbleiben antagonistischer Contracturen durch Radialis- und Peroneusparese; 5. der links prompte Bauchhautreflex.

Pat. verweilte nur bis zum 31. 5. auf der Klinik und verliess sie

in unverändertem Zustand. Von neuen Symptomen wurden nur cutane Hyperästhesie der r. Mamma und der Bauchhaut verzeichnet.

Beob. 13. **Linksseitige Hemiparese nach Emotion, mit posthemiplegischen choreiformen Erscheinungen.**

Z., Anna, 29 J., verh., stammt angeblich von unbelasteter Familie. Mit 5 J. soll sie ohne Ursache einmal von einem Krampfanfall befallen worden und 2 Std. lang bewusstlos dagelegen sein. Ein solcher Anfall wurde in der Folge nie mehr beobachtet. Er hinterliess auch keine Folgen. Bis zum 15. Jahr viel Cardialgien, habituelle Obstipation. Von jeher bis heute Idiosyncrasie gegen Thea chinensis, von deren Genuss sie gleich Erbrechen bekam.

Menses mit 18 J., in der Folge regelmässig, aber prämenstrual heftige Schmerzen. Pat. hat vier mal normal geboren und ihre Kinder selbst gestillt.

1890 hatte Pat. ihr Kind gerade 8 Monate gestillt, als sie, nach geringfügiger Emotion, von demselben Leiden, das sie neuerlich 1892 ins Spital führte, befallen wurde.

Dieses Leiden war eine l. Hemiparese mit choreiformen Erscheinungen auf der gleichnamigen Seite. Es verlor sich vollständig nach 3 Wochen.

1892 stillte Pat. gerade ihr letztes Kind seit 14 Monaten, als sie durch das Wiedererscheinen der Menses dasselbe abzusetzen veranlasst war. Wenige Tage darauf bemerkte sie, dass der l. Arm und dann auch das l. Bein schwerer und schwerer wurden und das letztere sich überdies versteifte.

Einige Tage später stellten sich im paretischen Gebiet unbedeutende choreiforme Zuckungen ein, die aber bald sich zu solcher Intensität steigerten, dass Pat. sich genöthigt sah, am 19. 10. 92 Spitalspflege aufzusuchen.

Pat. ist zart, anämisch, von normalem Skelet und ungestörten vegetativen Functionen.

Sie ist sehr emotiv, besorgt wegen der Heilbarkeit ihres Leidens. Bei der Aufnahme der Anamnese bricht sie häufig in Weinen aus. Interscapular und lumbar finden sich Druckpunkte an der Wirbelsäule.

Hinweise auf Hysterie gestatten nur beiderseitige Ovarie. Der Druckschmerz ist links bedeutend heftiger als rechts.

An Gehirnnerven, Stamm und r. Extremitäten keine Functionsstörungen.

Die l. OE. und UE. sind paretisch, von gesunkenem Muskeltonus. Das Facialisgebiet ist weder im Sinne einer l. Parese noch einer r. Contractur mit betheiligt. Die Sensibilität ist allenthalben unversehrt. Im l. Sprunggelenke werden geringfügige Schmerzen angegeben. Dieses

sowie auch die übrigen Gelenke sind anatomisch unverändert. Die tiefen Reflexe sind an l. OE. und UE. beträchtlich gesteigert. Bauchhautreflex vorhanden.

In der l. Gesichtshälfte, in l. OE. und UE. finden sich fast ununterbrochene, rasch aber nicht blitzartig ablaufende arhythmische regellose Zuckungen von ziemlichem locomotorischem Effect. Dieser besteht im Heben, Senken, Ein- und Auswärtsrollen des Oberarms, der bald in Ad-, bald in Abductionsstellung sich befindet. Im Ellbogengelenk, das meist in spitzwinkliger Beugung verharrt, spielen sich Flexions- und Extensionsstösse ab. Im Handgelenk wechseln Ad- und Abductionsstellung, in den Fingergelenken, besonders denen des 1., 2., 3. erfolgt abwechselnd Streckung, Beugung, Spreizung, während der 4. und 5. Finger meist gebeugt bleiben.

In der l. UE. kommt es zu Beugungen im Knie, Rotation, Pro- und Supination im Fussgelenk.

Alle diese Bewegungen erfolgen zum Theil gleichzeitig, zum Theil nacheinander ganz regellos. Sie nehmen bedeutend zu, wenn Pat. in Affect ist oder sich beobachtet weiss, und sistiren im Schlafe.

Alle Einzelbewegungen der l. OE. und UE. sind möglich, aber ganz kraftlos und meist vereitelt (als Zielbewegungen) durch die sie störenden choreiformen. Im Stehen ist Pat. in permanenter Unruhe, wird von Krampfbewegungen im l. Arm und Bein geradezu geschüttelt und nach links gerissen. Der Gang ist unsicher durch häufiges Einknicken des Knies und die Verdrehungen im Fussgelenk.

Unter Behandlung mit Solut. Fowler und Valeriana, Bettruhe, Behandlung der Agrypnie mit Brom, Paraldehyd, vom 23. 10. ab entschiedene Besserung. Die choreiformen Erscheinungen werden milder, setzen stundenweise aus. Vom 2. 11. ab sind schon Handarbeiten möglich.

Auch die kinetischen Störungen verlieren sich. Bei der Entlassung Mitte November nur noch Spuren der Neurose.

Beob. 14. Rechtsseitige autosuggestiv entstandene Hemiplegie mit dissociirter Empfindungsstörung, ähnlich einer Syringomyelie.

Fr., 26 J., Schneidergehilfe, wurde am 25. 11. 96 auf der Klinik aufgenommen.

Der Mutter Bruder litt an Epilepsie. Sonst sind angeblich keine Nervenkrankheiten in der Blutsverwandtschaft vorgekommen. Pat. bezeichnet sich selbst als einen leicht erregbaren Menschen, der von jeher, selbst über Kleinigkeiten, heftig erschrak.

Am 23. 6. 95 wurde er Morgens von heftiger Uebelkeit und Schwindel befallen (stat. gastricus?). Er eilte auf den Abort. Dort kam

die Idee eines drohenden Schlaganfalls. Er erschrak heftig, bekam einen allgemeinen Schüttelkrampf. Von diesem Moment an war die Sprache gestört und kaum mehr verständlich. Pat. zitterte heftig an den OE., liess einen Arzt rufen, der des Pat. Befürchtung, es handle sich um einen Schlaganfall, bestätigte und Pat. in ein Spital sandte.

Dort anfänglich noch Fortdauern des Zitterns und völliger Verlust der Sprache (Mutismus?).

Am 27. 6. kehrte die Sprache allmälig wieder, das Zittern verlor sich. Pat. wurde ruhiger, aber am 28. früh verspürte er Parästhesie in der r. OE. und UE. und zunehmende Schwäche in diesen Extremitäten.

Bis Mitte Juli war er wegen r. schlaffer Lähmung ans Bett gefesselt. Allmälig kehrte r. die Beweglichkeit wieder, aber bei Bewegungen verspürte er heftigen Schmerz in den bewegten Gelenken, scheute sich deshalb sehr und hielt sich für sehr krank.

Vom August bis Anfang November 96 war Pat. wieder leidlich arbeitsfähig, aber nach relativer Ueberanstrengung fühlte er wieder Schwäche in der r. OE., in welcher zugleich Zittern auftrat.

Pat. suchte nun die Klinik auf, in welcher er am 28. 11. 96 eintrat.

Pat. zart, schlecht genährt. Blasser rachitischer Schädel, Ct. 53,5 cm, schmale Stirn, eingesunkene Fontanellgegend.

Gehirnnerven: Hypalgesie und Thermohypästhesie der r. Gesichtshälfte, r. fehlender Gaumenreflex, schwacher Rachenreflex, r. Gesichtsfeld für Weiss und Farben concentrisch eingeschränkt, r. Hypakusie (Knochenleitung mehr gestört als die durch den Meatus).

An r. Zungenspitze fehlt die Geschmacksempfindung für süss und salzig (sauer und bitter wird gut empfunden). Sonst alle Functionen der Gehirnnerven normal, auch bei Augen- und Kehlkopfspiegelung. Im Facialisgebiet speciell keine Anomalie.

R. OE. leicht cyanotisch und etwas kühler. Alle Bewegungen im physiologischen Ausmass möglich, bis auf Parese der Handstrecker, aber ansonst kraftlos; jedoch ist die Innervationsstärke sehr wechselnd und psychisch sehr beeinflussbar.

Alle tiefen und periostalen Reflexe sind hoch gesteigert, jederzeit Handclonus hervorzurufen. Das Volumen des Ober- und Unterarms ein wenig reducirt. Durch Beklopfen des Proc. styloid. radii lässt sich in der ganzen r. OE. Schütteltremor hervorrufen.

Die r. UE. fühlt sich distal bis zum Kniegelenk etwas kühler an als l. Active Bewegung im Sprung- und Zehengelenken etwas eingeschränkt. Passive Bewegung vollkommen frei. Motorische Kraft gleich links.

Patellar- und Fussclonus. Im ganzen Lähmungsgebiet electrisch

normale Reaction. Das r. Bein wird beim Gehact geschont, ist aber ganz sufficient.

Auf der ganzen r. Körperhälfte tactile Sensibilität vollkommen normal. Dagegen vollständige r. Hemianalgesie (selbst bei Pinselung mit tetanisirenden faradischen Strömen). Gleichwohl führt Pat. bei geschlossenen Augen gelegentlich eines ihm unversehens in der r. Vola manus beigebrachten Stiches ebenso zurück, wie es ein Gesunder in gleicher Lage thun würde.

Die Thermoästhesie ist auf der ganzen r. Körperhälfte gleichmässig und erheblich für Kalt und Warm herabgesetzt. Die tiefe Sensibilität in Finger-, Hand-, Zehen-, Fussgelenken ist vermindert.

Bei geschlossenen Augen und abgelenkter Aufmerksamkeit zeigt sich eine erhebliche Aenderung resp. Besserung der motorischen Störungen in der r. OE. Auffallend ist auch, dass die anscheinend rein spinal gesteigerten tiefen Reflexe auch psychisch beeinflusst werden, insofern als unter obigen Bedingungen lange nicht so bedeutend ausfallen, als bei offenen Augen und bei auf den Versuch concentrirter Aufmerksamkeit. Wenn Pat. auf seine Lähmung vergisst, ist er in r. OE. oft recht erheblicher Kraftentfaltung fähig.

Die Möglichkeit einer Syringomyelie musste trotz der classischen und für diese Krankheit sprechenden dissociirten Empfindungsstörung Angesichts dieser Thatsachen, wie auch der rein psychischen und plötzlichen Entstehung der Krankheit wegen, fallen gelassen werden.

Dazu kamen die Steigerung der tiefen Reflexe, die hemiplegische, streng halbseitige motorische Insufficienz, die hemianästhetische Ausbreitung der Empfindungsstörung, die Störung der tiefen Sensibilität, die bloss als Hypotrophie (ex inactivitate aut perturbat. troph. hyster.?) nicht als regionäre und progrediente imponirende trophische Störung der Musculatur, die unversehrte electrische Reaction u. s. w.

Unter Gymnastik, Faradisation und Wachsuggestion besserten sich die sensiblen und motorischen Störungen der r. Körperhälfte so sehr, dass Pat. sich eines Tages für gesund erklärte und am 10. 1. 93 das Spital verliess.

Beim Austritt bestand noch leichte Hypalgesie und thermische Hypästhesie, sowie ein gewisser Grad von Amyosthenie in der r. OE.

Beob. 15. Rechtsseitige, durch Emotion entstandene recidivirende Hemiparese. Erfolg von Suggestivbehandlung.

Sch., 44 J., Schneiderin, aus angeblich nervengesunder Familie, aber von der Pubertät ab menstrual an Migräne leidend, heirathete mit 29 J., concipirte nie, hatte in unglücklicher Ehe gelebt und sich vor 8 Jahren scheiden lassen. Auch in der Folge viele Gemüthsbewegungen.

Vor 4 Jahren begannen tonische Krämpfe in den Händen (Hyperextension), verbunden mit centrifugalen parästhetischen Sensationen vom Kopf bis in die Fingerspitzen, die in der letzten Zeit 3—4 mal täglich auftraten und stundenweise anhielten. Seit dem Erscheinen dieser localen Spasmen sind die Hemicranieanfälle geschwunden.

Im Januar 91, nach vorangehenden heftigen Gemüthsbewegungen, entwickelte sich binnen 8 Tagen in der r. UE., dann auf die r. OE. fortschreitend Parese, zugleich mit Anästhesie im Lähmungsgebiet. Facialis unbetheiligt.

Auch die Sinnesfunctionen intact.

Gefühl des Geschwollenseins r. der Extremitäten, Vertaubungsgefühle in denselben, Kältegefühle, von den Füssen aufsteigend, mit Herzklopfen. Nach einem Monat völlige Wiederausgleichung aller Functionsstörungen.

Nach neuerlichen Gemüthsbewegungen im Mai 91 Wiederkehr der r. Parese. Bei der Aufnahme am 8. 8. 91 mittelgrosse, ziemlich kräftige Persönlichkeit.

Lues negirt und im Status praesens nicht nachweisbar. Vegetative Functionen ungestört. Bauchhautreflex r. und l. auslösbar. Keine Stigmata hysteriae. Gang breitbasig, schwankend, auf r. UE. ausfahrend, atactisch. Romberg positiv, aber in der Intensität stark schwankend und psychisch sehr beeinflussbar.

Patellarreflex r. und l. sehr gesteigert, r. Fussclonus. Bedeutende Herabsetzung der groben Muskelkraft in r. OE. und UE. Muskeltonus herabgesetzt, jedoch leichte Versteifung beim Gehact in r. Hüft- und Kniegelenk.

In r. OE. und UE. Hypästhesie für alle Qualitäten der cutanen Empfindung; tiefe Sensibilität intact.

Facialis unbetheiligt. Alle übrigen Hirnnervengebiete ohne Befund.

Unter Wachsuggestionen und Electrotherapie keine Besserung. Von Anfang October ab hypnotische Behandlung nach Bernheim'scher Methode. Pat. ist leicht in tiefes Engourdissement zu bringen. Suggestion der Heilbarkeit des Leidens, der wiederkehrenden Kraft, Sicherheit der Bewegung und der Wiederkehr der Sensibilität.

Schon in der ersten Sitzung bedeutende Aufbesserung der Muskelkraft, der Ataxie und Sensibilitätsstörung. Während der Hypnose ist die volle Muskelkraft vorhanden.

Ende October sind die Beschwerden auf ein Minimum reducirt. Pat. legt weite Strecken zu Fuss zurück. Neue Gemüthsbewegungen. Unterbrechung der Behandlung der ambulanten Patientin wegen Bronchialcatarrh.

Bei Wiederaufnahme derselben 19. 11. 91 wieder Amyosthenie, leichte

Ataxie. Sensibilität erhalten. Unter entsprechenden Suggestionen und Verbot, Gemüthsbewegungen aufkommen zu lassen, fortschreitende Besserung, sodass Pat. am 28. 12. sich für genesen hält und aus der Behandlung austritt. Bei der Entlassung noch leichte Amyosthenie in r. UE. und Steigerung der tiefen Reflexe.

Beob. 16. Rechtsseitige autosuggestive Hemiparese.

H., 23 J., ledig, Dienstbote, angeblich aus gesunder Familie, früher nie schwer krank, in letzter Zeit angestrengt und Gemüthsbewegungen ausgesetzt gewesen, schlief in vollem Wohlsein am 1. 5. 95 ein und erwachte am andern Morgen mit einem heftigen Schmerz in der r. UE., der das Gehen fast unmöglich machte. Sie schleppte sich so noch einige Tage herum, bekam dann Schmerzen auch in der l. UE., wurde amblyopisch, sodass sie nicht mehr lesen und schreiben konnte, war sehr beunruhigt über ihre Krankheit, liess sich in ein Spital aufnehmen, wo man mit Schmierkur, dann mit Electricität und anderen Behandlungsweisen erfolglos sich bemühte, sie zu kuriren. Das Leiden wurde immer intensiver. Grosses Krankheitsgefühl, allgemeine Schwäche und Hyperästhesie veranlassten Pat. Hilfe im allgemeinen Krankenhause zu suchen.

Stat. 2. 12. 95. Kräftiges, gut genährtes Individuum, vegetativ ohne Befund, ohne Lues. Grosses Krankheitsgefühl, leidende Miene. Pat. ganz präoccupirt von ihrem Leiden. Am ganzen Körper ruft schon mässiger Druck lebhaften Schmerz hervor.

Grosse Sehschwäche (zählt Finger r. auf 2 m, l. auf 3 m, r. Jäger Nr. 20, l. Nr. 15) aber Augenspiegel ohne Befund. Auch keine concentr. Sehfeldeinschränkung, keine Dyschromatopsie. Von Seiten der Hirnnerven überhaupt keine Störung.

In r. OE. und UE. grosse Muskelschwäche, aber nirgends localisirte Lähmung. Der Händedruck r. ganz kraftlos. Muskeltonus herabgesetzt.

Tiefe Reflexe r. und l. gesteigert, bedeutend mehr r. Erhebliche Gehstörung. Pat. schont sehr ihr r. Bein und hinkt auf Grund von Schmerz temporär. An anderen Tagen ist sie schmerzfrei und geht anstandslos oder nur leicht das Bein nachziehend. Von Seiten der Gelenke besteht weder eine anatomische Störung noch Hyperästhesie. Die cutane und tiefe Sensibilität normal. Bauchhautreflex r. und l. prompt auszulösen.

Pat., eine höchst emotive, willensschwache, in der Einbildung unheilbarer Krankheit befangene Persönlichkeit, reagirte weder auf Wachsuggestionen, überhaupt Traitement moral, noch auf Gymnastik und Electrotherapie in der wünschenswerthen Weise, sodass der Erfolg der Behand-

lung bei ihrem nach einigen Wochen erfolgten Austritt als ein negativer bezeichnet werden musste. Augenscheinlich handelte es sich um eine rein psychische Lähmung durch Autosuggestion, die durch Schmerzempfindungen genährt und ursprünglich hervorgerufen wurde.

Beob. 17. Rechtsseitige Hemiplegie.

Gr., 36 J., Händler, mosaisch, aufg. 28. 7. 95, wahrscheinlich aus belasteter Familie, früher gesund, mässiger Potator, nicht luetisch gewesen, bekam vor 3 J. auf der Strasse, nach körperlicher Ueberanstrengung, Schwindel und Hitzegefühl im Kopfe, woran sich eine r. Lähmung und Sprachstörung anschloss.

Pat. will sich bestimmt erinnern, dass der Mund nach r. verzogen war und dass er Anfangs ihn nur eine Spur öffnen konnte (Contractur im Gebiet des r. Facialis und der Portio minor trigemini?). Die Zunge habe er anstandslos in der Mundhöhle bewegen können, aber die Sprache sei fast unverständlich gewesen, der Beschreibung nach durch Articulationsstörung, bei Ausschluss jeder aphasischen Störung. Der r. Arm hing unbeweglich herab, das r. Bein wurde mühsam nachgezogen. So schleppte er sich nach seiner nahegelegenen Wohnung.

Nach etwa 5 Wochen besserten sich gleichzeitig r. Hemiparese und Sprachstörung. Er konnte seine OE. zu groben Hantirungen wieder gebrauchen und leidlich wieder gehen. Im weiteren Verlauf kam es zu wechselnden Besserungen und Verschlimmerungen. Die letzteren knüpften an relative Ueberanstrengung, Gemüthsbewegungen und Genuss geistiger Getränke an. Besonders belästigte ihn dann stockende stotternde Sprache. Seit der Lähmung behauptet Pat. r. stärker zu schwitzen als l. Seit kurzer Zeit litt er an heftigen Schmerzen in der l. Scheitelgegend.

Pat. erscheint bei der Aufnahme kräftig gebaut, gut genährt, ohne Spuren von Rachitis und Lues. Der Schädel misst 59,5 cm im grössten Umfang, Gaumen steil, Gaumennaht links. Vegetative Organe ohne Befund.

Pat. ist emotiv, sehr von seinem Leiden occupirt. Sobald er emotionirt ist, namentlich wenn man ihn über seine Krankheit ausfragt, wird seine Sprache stotternd, sonst ist sie ganz ungestört, selbst bei den schwierigsten Proben.

Im Gebiet der Hirnnerven findet sich sonst absolut keine Störung. Augenspiegel ohne Befund. Keine Stigmata hysteriae.

Die r. OE. ist dem Stamme adducirt, im Ellbogengelenk gebeugt, im Handgelenk flectirt.

Diese eine Contractur markirende Haltung lässt sich aber passiv ohne Schmerz oder Schwierigkeit ausgleichen. Nirgends findet sich eine Contractur oder nur Rigor. Pat. ist fähig, alle Einzelbewegungen, auch

die Extension im Ellbogen- und Handgelenk, mit ziemlicher Kraft auszuführen, jedoch steht Pat. sichtlich unter dem Bewusstsein, dass sein Arm krank sei und schont er denselben wo immer möglich. Die Nervenstämme sind r. druckempfindlich, die Gelenke frei bei activer und passiver Bewegung, wie auch bei Druck. Die tiefen Reflexe sind gesteigert, die Sensibilität ist in allen ihren Qualitäten ganz intact.

Am Stamm normale Verhältnisse; Bauch- und epigastrischer Reflex r. erhalten.

Auch an der r. UE. zeigt sich nirgends ein Ausfall grober Muskelkraft oder Störung der Beweglichkeit in irgend welchem Muskelgebiet. Die cutane und tiefe Sensibilität ist normal.

Die Ränder der Kniescheibe sind druckempfindlich. Der Patellarreflex ist beiderseits gesteigert, r. bis zu Clonus.

Trotz des negativen Befundes an der r. UE. streift Pat. beim Gehen mit der r. Fussspitze am Boden und schleift etwas das Bein nach, ohne dasselbe jedoch im Bogen herumzuführen.

Die psychische Bedeutung dieser „Lähmung" ist eine evidente. Man gewinnt den Eindruck, dass Pat. unter dem Einfluss der Idee einer r. Functionsbehinderung mangelhaft willkürlich r. OE. und UE. innervirt.

Bei daraufgerichteter Forschung ergiebt sich, dass der impressionable Patient, als er vor 3 Jahren Schwindel und Hitzegefühl im Kopfe verspürte, einen Schlaganfall befürchtete und sich dabei eines Mannes seiner Bekanntschaft erinnerte, der vor Jahren von einer Lähmung mit beiläufigem Verlust der Sprache heimgesucht worden war. Das Bild dieses unheilbaren Gelähmten schwebe ihm seither beständig vor.

Unter Wachsuggestionen, unterstützt durch Electrotherapie, besserte sich diese Hemiplegia imitatoria ex imaginatione bedeutend, sodass Pat. befriedigt nach 3 Wochen das Spital verliess.

Beob. 18. Linksseitige Hemiplegie nach psychischem Trauma.

Frl. M., 21 J., Theaterelevin, erblich angeblich unbelastet, von Kindesbeinen an blutarm, nervös, emotiv, machte die gewöhnlichen Kinderkrankheiten ohne Folgen durch und litt mit 10 J. etwa 6 Wochen lang an einer r. nach einer Otitis media aufgetretenen peripheren Facialislähmung.

Am 26. 8. 95 fiel sie in vollem Wohlsein von einem Tramwaywagen herab, erlitt keine Verletzung, erschrak aber heftig.

Keine Commotionserscheinungen, ging allein heim. Dort sofort schlaffe Lähmung der l. OE. und UE., Sprachstörung (Zungenkrampf), Gesicht nach r. verzogen, Speichel aus dem l. Mundwinkel ausfliessend.

Pat. blieb noch 3 Tage zu Hause, klagte Kopfweh, war aufgeregt, vorübergehend verwirrt und wollte planlos davonlaufen.

Vom 28. 8. bis 14. 9. befand sie sich deshalb im Spital, wurde ruhig und konnte allmälig die gelähmten Extremitäten wieder etwas bewegen.

Die Krankheitsgeschichte des Spitals bot folgenden Status bei der Aufnahme:

Afebril, keine Störung vegetativer Organe, Harn ohne fremde Bestandtheile.

Linke Gesichtshälfte glatt, Stirnfalten l. verstrichen, l. Mundwinkel tiefer stehend, l. Auge weiter geöffnet als rechtes, Augenschluss prompt; keine Sprach-, keine bulbäre Störung, keine Augenmuskellähmung; linker Arm schlaff gelähmt, unbeweglich, Parese des l. Beines; Tast-, Schmerz- und thermische Sensibilität in l. Gesichtshälfte, l. OE., l. Thoraxhälfte bis zum Mammillarniveau stark herabgesetzt, weiter abwärts erhalten. Bauchhautreflex r. und l. prompt.

Decursus: vom 6. 9. ab Besserung der gestörten Sensibilität, Rückgang der Facialislähmung, Wiederkehr der Gehfähigkeit, Lähmung der l. OE. stationär. Tiefe Reflexe an dieser nicht auszulösen, Patellarreflex l. stärker als rechts. Keine sensorischen Störungen.

Therapie: Faradisation, Trional.

Gebessert entlassen am 14. 9.

Am 24. 9. 95 stellte sich Pat. wegen andauernder Schwäche der l. Extremitäten in meinem Ambulatorium vor.

Pat., eine zarte Persönlichkeit von feinem Teint, ist zunächst auffällig durch mimische Entstellung, insofern der untere Abschnitt des Gesichts nach rechts verzogen ist. Bei genauer Prüfung handelt es sich nicht um Facialisparese links, sondern um r. Contractur des M. zygomaticus und levator menti.

Durch einfaches Streichen der Haut im Bereich dieser Muskeln lässt sich diese Contractur verstärken bezw. hervorrufen (Diathèse de contracture). Die Contractur, welche meist auch im Quadratus menti erscheint, verliert sich bald nach Aufhören der Hautreizung, entsteht aber spontan bei willkürlicher Bewegung, ganz besonders aber bei emotioneller Erregung. Dann verengert sich auch die r. Lidspalte (Contractur). Vom Stamm des Facialis aus lässt sich durch Druck auf denselben keine Contractur erzielen.

Die linke Gesichtshälfte ist in ihrer Beweglichkeit uneingeschränkt, desgleichen die rechte. Bei geöffnetem Mund erscheint die l. Zungenhälfte hart, gewölbt, die r. weich. Beim Vorstrecken der Zunge er-

weitert sich die rechte Mundspalte mehr als die linke und wird nach r. verzogen.

Die Zunge ist nach allen Richtungen frei beweglich, aber sie weicht beim Vorstrecken nach rechts ab.

In Emotion tritt articulatorische Sprachstörung durch Zungenkrampf ein. In ruhiger Stimmungslage ist die Sprache frei.

Im ersteren Falle zeigen sich gelegentlich blitzartige Zuckungen (Tic) in der r. Gesichtshälfte.

Die Sinnesorgane sind intact, das Gesichtsfeld ist nicht eingeengt.

Es besteht linksseitige Hemihyperalgesie, inclusive Gesicht, Zunge, Wangenschleimhaut, während die anderen Sensibilitätsqualitäten sich normal erweisen. Rachen- und Gaumenreflex sind r. kaum, l. gar nicht hervorzurufen.

In l. OE. und UE. besteht schlaffe Parese, das l. Bein wird etwas beim Gehen nachgezogen. L. leichte Peroneusparese mit Andeutung von Pes varoequinus. Die tiefen Reflexe in l. OE. und UE. nicht gesteigert.

Allgemeinbefinden gut. Unter faradischer Behandlung allmäliger Rückgang der l. Extremitätenparese. Alle Einzelbewegungen möglich, aber noch im December 95 grobe Muskelkraft etwa um 50% gegen rechts herabgesetzt. Die l. Hyperalgesie beschränkt sich nur mehr auf die l. OE. Dagegen hat sich die r. Facialiscontractur mehr ausgebildet und besteht im Dec. 95 schon im Zustand der Ruhe. Auch die l. Zungenhälfte ist mehr verkrampft, beim Besehen in der Mundhöhle oft vorgewölbt und, anlässlich Emotion, die Ursache von erschwertem Sprechen.

Im Laufe der nächsten Monate keine wesentliche Aenderung. Pat. ist durch Schwäche der l. Extremitäten andauernd berufsunfähig.

Stat. 1. 5. 96. Contractur gebessert, aber bei geringster psychischer Erregung im r. Orbicularis oculi und oris zu Tage tretend. Augenschluss ruft überaus starke Mitinnervation des r. Mundwinkels hervor. Nur noch emotionell Zungenkrampf und Sprachstörung.

L. Amyosthenie unverändert; l. Sensibilität normal; r. Hypalgesie; l. Extremitäten bedeutend kühler als r., besonders an den distalen Partien; tiefe Reflexe in l. OE. und UE. sehr gesteigert; r. fehlender Rachenreflex; Clavus.

Die vorstehenden, aus eigener und fremder Erfahrung berichteten Fälle von functioneller (hysterischer) Hemiplegie sind geeignet, die Häufigkeit derartiger Krankheitsbilder in der Praxis zu illustriren und zur Klärung ihrer klinischen Eigenthümlichkeiten Einiges beizutragen. Sie

sind es umso mehr, als eine Deutung derselben im Sinne toxischer Erkrankung (Alkoholismus, Saturnismus, Urämie, Diabetes u. A.), ausgeschlossen werden kann.

Das klinische Interesse wendet sich in erster Linie der Frage zu, wie sich diese functionellen von den organischen Lähmungen unterscheiden lassen. Das ist nach Umständen für den Anfänger, dessen ärztliches Wissen nur auf anatomischer Grundlage aufgebaut ist und bezüglich der Neurosen meist erst in der Praxis, nach unangenehmen diagnostischen Irrthümern die nöthige Erweiterung erfährt, ziemlich schwer, zumal da man zugeben muss, dass das organische Krankheitsbild zuweilen überraschend gut von der Neurose copirt wird.

Jedenfalls giebt es weder nach Aetiologie, nach Entstehung und Detailsymptomen sichere trennende Merkmale, sodass nur die synthetische Verwerthung aller Krankheitszeichen, ihre eigenartige Gruppirung, die Abhängigkeit derselben von psychischen Einflüssen, der Verlauf, die Diagnose sichern können.

Vorweg muss darauf hingewiesen werden, dass der anamnestische und im Stat. praesens gelingende Nachweis hysterischer Neurose nur Vermuthungen, nicht Gewissheit im Sinne functioneller Bedeutung des Krankheitsfalles bieten kann, da auch bei Hysterischen jederzeit organische Complicationen eintreten können.

Umgekehrt muss aber auch betont werden, dass die hysterische Hemiplegie als primäre und monosymptomatische Kundgebung dieser Neurose in die Erscheinung treten kann. Dies trifft sogar für die Mehrzahl der von mir gesammelten Fälle zu.

Dass man auch beim Manne auf *solche* Hemiplegien gefasst sein muss und dass das Sexus gar keine Praesumptionen gestattet, geht aus den 7 männlichen Fällen meiner Casuistik deutlich genug hervor und bedarf bei unseren heutigen Erfahrungen über Hysteria virilis keiner weiteren Ausführung.

Von viel grösserer Bedeutung ist die Nichtauffindbarkeit von ätiologischen Bedingungen für organische Erkrankung (Vitium cordis, Nierenerkrankung, Atheroma arteriarum u. s. w.), ferner die Erkrankung in jugendlichem Alter, wobei aber zu beachten ist, dass auch im höheren (Beob. 10, 11) functionelle Lähmungen noch vorkommen können.

Anamnestisch wird der Nachweis früher bestandener und ausgeheilter Hemiplegien von Bedeutung sein, insofern bei solchen ex Haemorrhagia, Embolia, Encephalomalacia nur ausnahmsweise und im Sinne einer indirecten Heerdlähmung eine Restitutio ad integrum möglich ist.

Immer bleibt in solchen Fällen auch noch die Möglichkeit einer symptomatischen Bedeutung früherer Hemiplegien, so als Episode einer

multiplen Sclerose, Dementia paralytica, eines Tumor u. s. w., zu berücksichtigen.

Bedeutungsvoll ist es immerhin, dass die hysterischen Lähmungen in der Regel unmittelbare oder mittelbare Folgen eines psychischen Trauma's sind, jedoch kann psychischer Shok auch der Anlass zu einer Haemorrhagie oder Embolia cerebri werden.

Deutlicher wird die neurotische Bedeutung des Falles dann, wenn Auto- oder Fremdsuggestion die psychische Vermittlung desselben nahelegt (Beob. 1, 12, 14, 17).

Dieselbe Vermuthung ist berechtigt, wenn die Lähmung im Anschluss an einen Hysteria gravis insult gefunden wird, ein Vorkommen, das in der Erfahrung französischer Forscher als häufig bezeichnet wird, in meiner Casuistik aber nicht zu Tage tritt, falls man nicht den apoplectischen Insult, der oft der Lähmung vorausgeht, als Aequivalent eines hysterischen anerkennt.

Die Präsumption einer organischen Begründung der Hemiplegie wird durch diese Thatsache mächtig gefördert. Es ist Aufgabe der differentiellen Diagnose, vor Allem Unterschiede zwischen dem hysterischen apoplectiformen Insult und der wirklichen Apoplexie aufzufinden.

In Higier's Fall (Beob. 9), „Comaartiger Zustand, ganz reactionslos, langsame tiefe schnarchende Respiration", schien diese sehr gut copirt.

Schon Löwenfeld hat an der Hand der Literatur und eigener Erfahrung diese Zustände von hysterischer „Apoplexie" als Modificationen desselben pathologischen Grundzustandes (hysterischer Schlaf) zu erweisen versucht und sie als den Erscheinungen des hysterischen Lethargus, Coma, der Syncope gleichbedeutend erklärt. Leider sind die Zustände von hysterischer „Apoplexie" im „comatösen" Stadium bisher fachärztlicher Beobachtung kaum zugänglich gewesen. Vorkommenden Falls wäre diagnostisch wichtig und darauf zu achten, ob in diesem „Coma" nicht zeitweise Schütteltremor, vereinzelte Contracturen, besonders Trismus, Strabismus, episodisches Delir (Beob. 1), Erweckbarkeit aus diesem Zustand durch Druck auf hysterogene Zonen die hysterische Bedeutung verrathen. Die Lähmung des Gaumensegels (stertoröses Athmen) ist jedenfalls sehr selten im hysterischen Coma, dagegen Regel im organisch bedingten. Auch die fast regelmässige Albuminurie und das Sinken der Eigenwärme bis zu 1,5° während des Coma in organischen Fällen wären zu verwerthen. Die tiefen Reflexe fehlen hier anfangs (Hemmungs- und Fernwirkung von Seiten des apoplect. Heerdes auf die Reflexbahn), während sie bei hysterischer Bedeutung des Falles normal (Gilles de la Tourette u. A.) bleiben oder früh schon gesteigert erscheinen (Bischoff's Fall, Beob. 4).

Auch die Dauer des hysterischen „Coma" kann Fingerzeige geben, insofern sie selbst bei durch Encephalomalacie vermittelten organischen Fällen 24 Stunden kaum übersteigt, bei Hysterie bis zu 2½ Tage (Beob. 3), ja sogar 6 Tage (Beob. 7, wo geradezu das Bild einer Schädelbasisfractur vorgetäuscht war) dauern kann.

Das Erhaltensein des Bauchhautreflexes bei hysterischem, sein Verlust bei organisch bedingtem Coma kann einen weiteren Fingerzeig geben. Deviation conjuguée ist meines Wissens bei hysterischer Apoplexie nie beobachtet worden.

Versuche, den Unterschied von Apoplexia hysterica und cruenta festzustellen, hat übrigens schon Rendu (Semaine medicale 1894, 29. August) unternommen. Wie schwierig die differentielle Diagnose von Heerderkrankung sein kann, lehrt ein Fall von Diller (Med. Record 1894, 28. April) von für hysterische Hemiplegie fälschlich gehaltener Encephalomalacie.

Löwenfeld (Archiv f. Psychiatrie XXIII, p. 715) giebt die interessante historische Notiz, dass schon Fernelius die differentielle Diagnose zwischen Apoplexie und anderen Syndromen versuchte.

Gilles macht darauf aufmerksam, dass schon Sydenham (traduct. Jault, p. 477) die hysterische Apoplexie genau kannte. Er beschrieb sie mit folgenden Worten: „Wenn diese Krankheit (Hysterie) das Gehirn ergreift, entsteht zuweilen eine Apoplexie, die ganz der gewöhnlichen gleicht und auch Hemiplegie hinterlässt".

Die Unterscheidung der hysterischen Hemiplegie als primär aufgetretener oder aus einem apoplectiformen Insult hervorgegangener von organischer bietet beim heutigen Stand klinischen Wissens keine besonderen Schwierigkeiten.

Versucht man das Bild hysterischer Hemiplegie, wie es der heutigen klinischen Erfahrung erscheint, zu zeichnen, so lässt sich der Typus derselben in folgender Weise fixiren. Mit oder ohne apoplectiformen Insult, meist im unmittelbaren oder mittelbaren Anschluss an ein psychisches Trauma findet sich eine schlaffe Parese bis Paralyse der OE. und UE. einer Seite, häufig ohne Betheiligung von Facialis und Hypoglossus. Die Hemiplegie ist in der grossen Mehrzahl der Fälle von gleichzeitiger cutaner Anästhesie begleitet, häufig auch von Ausfallserscheinungen der tiefen Sensibilität und der Function der Sinnesorgane auf der Seite der Lähmung. Diese bleibt eine schlaffe, sodass es beim Gehact nicht zu Circumduction des lahmen Beines, sondern zum einfachen Nachschleifen desselben kommt. War die Lähmung eine gleich intensive auf Arm und Bein, so ist dieselbe hartnäckiger auf letzterem als ersterem. Umfang und Intensität der Lähmung zeigen sich stark be-

einflusst durch psychische Einwirkungen, die, als günstige Einflüsse, sogar ein jähes und vollständiges Schwinden der Lähmung bewirken können.

Versucht man den Detailerscheinungen dieses Lähmungsbildes näher zu treten, so kommt hier in erster Linie die Frage der Betheiligung des Facialis an demselben in Betracht.

Die klinische Erfahrung constatirt die Seltenheit der Facialisbetheiligung bei hysterischer Hemiplegie (Althaus, Weir Mitchell, Charcot u. A.). Schon Todd hat 1856 darauf hingewiesen. Man glaubte längere Zeit, dass Facialislähmung hier gar nicht vorkomme. Pujol, Habel, Kelloff, Seeligmüller, Chantemesse, Ballet, Pitres, König u. A. bewiesen das Irrthümliche dieser Annahme. Charcot, Brissaud, Marie u. A. zeigten, dass die angebliche Facialislähmung vielfach durch einen gleichseitigen Spasmus (glosso-labialis) vorgetäuscht werde. Schon Brodie hatte dies erkannt. Briquet, später Gilles de la Tourette wiesen auf das gleichzeitige Vorkommen von Sensibilitätsstörung im Rayon der Lähmung, und zwar Anästhesie bei solcher, Hyperästhesie bei Spasmus, hin.

Man fand, dass die hysterische Facialislähmung nur den untern Ast betreffe und flüchtig sei und bezweifelte, dass sie als totale vorkommen könne. Zuweilen constatirte man nur Lähmung einzelner Muskeln (Buccinator, Zygomaticus), sodass es dann schwierig erschien, eine angeborene, in der Praxis nicht seltene Lähmung dieser Muskeln auszuschliessen. Ballet fand einen Fall, in welchem nur mimische Lähmung bestand. In einem traumatisch entstandenen Falle Bucher's constatirte man aber totale halbseitige Facialislähmung. In einem spontan entstandenen Thomsen's (Archiv f. Psych. 17, p. 860) war nur der Stirnast frei von Lähmung.

Bezüglich der Localisation fand man meist der Extremitätenlähmung gleichseitige, seltener gekreuzte Facialisbetheiligung. Sehr selten war die Lähmung doppelseitig (Chantemesse). Was die Facialiscontractur betrifft, so sah man sie meist der Lähmung gleichseitig, selten contralateral, höchst selten doppelseitig. Sie erschien meist nur partiell und im untern Facialisgebiet. Nur ausnahmsweise war der Sphincter oculi mitbetheiligt. Meist ist die Contractur nicht von Lähmung begleitet, nur eine solche vortäuschend, dann häufig mit Zungencontractur der gleichen Seite verbunden. Der Spasmus steigert sich bei Emotion und mimischer Bewegung. In der Ruhe verräth er sich oft durch leichte Klonismen der von ihm befallenen Muskeln.

Als weitere Zeichen des Krampfes ergaben sich: Grössere Weite der Mundspalte, Entweichen der Luft beim Blasen, stärkere Entblössung der Zähne beim Lachen, intensiveres Hervortreten der Nasolabialfalte auf der Krampfseite.

Die von mir zusammengestellte Casuistik ist geeignet, zur Klärung dieser Frage Einiges beizutragen. Zunächst bestätigt sie die relative Seltenheit der Facialislähmung, die nur in drei unter 18 Fällen constatirt wird (Beob. 5, 8, 18). In sieben Fällen kommt es zu selbständiger (1, 4, 9, 12, 17, 18) oder der Lähmung associirter (8) Contractur.

Während in Beob. 8 die Facialislähmung nur in einem Muskel nachweisbar ist, erscheint sie in 5 und 18 als eine totale und damit paradoxe und excessive, gegenüber der organischen cerebralen. Bezüglich der in Beob. 4 erwähnten Facialparese muss ich die Vermuthung aussprechen, dass sie nur scheinbar und durch eine r. Ueberinnervation bedingt war.

Viel wichtiger erscheint diagnostisch die *Facialiscontractur*. Sie besteht isolirt nur in Beob. 8, sonst associirt mit Zungencontractur (1, 9, 12, 18) und überdies mit Contractur der Masseteren (4, 17). Die Contracturen sind der Hemiplegie gleichseitig (1, 8, 17) oder gekreuzt (4, 9, 12, 18). Zweimal erscheint die Zungencontractur der Facialiscontractur contralateral (4, 18).

Die Letztere ist ziemlich persistent und verbindet sich häufig mit Klonismen des Contracturgebietes (1, 8, 18). Statt dieser erscheint in Fall 4 Klonus im Platysma und Sternocleidomastoideus. Die Facialiscontractur beschränkt sich wesentlich auf die Muskeln des Mundwinkels. Nur in Fall 18 verbreitet sie sich auch auf den Augenschliessmuskel, wobei sich sonst nicht nachweisbare Diathèse de contracture entwickelt und die Contractur eine dauernde wird.

Dieser bei hysterischer Hemiplegie so häufige Hemispasmus labialis scheint für die Diagnose von ganz besonderer Bedeutung, da er bei organisch bedingter, speciell im Cortex gesetzter Erkrankung nicht vorkommt.

Dies gilt ganz besonders da, wo er als Hemispasmus glosso-labialis vorkommt. Der Glossospasmus bedingt dann das bei organischer Hemiplegie paradoxe Abweichen der vorgestreckten Zunge nach der gesunden Seite. Mit Spasmus der Zunge dürfte auch die nicht seltene Sprachaufhebung oder Sprachbehinderung zusammenhängen, die Anfangs bei hysterischer Lähmung bestehen kann, unbeschadet seltener Fälle von Mutismus (Beob. 4, 9), der an und für sich einen sicheren Schluss auf Hysterie gestattet.

Die *Hemiplegie* von functioneller Bedeutung ist durchweg eine schlaffe und bewahrt dieses Gepräge so lange sie besteht, unbeschadet gelegentlicher, an ungewöhnlichem Ort auftretender und sicher nicht auf absteigende Degeneration der corticomusculären Bahn zurückführbarer, vielmehr als Complication aufzufassender Erscheinungen von Spasmus. Jedenfalls ist der hysterischen Hemiplegie die der organischen zukommende Contractur in Ellbogen-, Hand- und Fingergelenken vollkommen fremd, ebenso die der Hüftgelenksmuskeln, mit daraus resultirender Circumduction. Dass diese aber episodisch, offenbar unter imitatorischer Verwendung von an Hemiplegikern gewonnenen Eindrücken vorkommen kann, zeigt Beob. 12. Dass dieser imitatorische Einfluss nach Umständen eine grosse Rolle spielen kann, ergiebt sich u. A. auch aus Beob. 1.

Die als Complication auftretenden Contracturen (1, 5, 9, 11, 12) sind entweder Reflexerscheinungen, abhängig von Gelenkneurosen oder regionärer cutaner und musculärer Hyperästhesie, oder es handelt sich um hysterische Contracturen (so in Beob. 5, wo eine solche die

r. und l. UE. befällt, während die r. OE. die typische schlaffe Lähmung markirt).

Was die (hysterischen) Lähmungen betrifft, so bieten sie Intensitätsgrade von Amyosthenie bis zu ausgesprochener Paralyse, sind äusserst wandelbar in ihrer Intensität durch psychischen Einfluss, vielfach von Auto- und Fremdsuggestion beeinflusst (Beob. 1, 12, 14, 17) und, als psychisch ausgelöste, auch dadurch deutlich, dass sie, gleichwie spastische Erscheinungen, oft nur solange existiren, als die Aufmerksamkeit des Pat. auf sie gerichtet ist, andernfalls (Ablenkung, Affect) zurücktreten.

Auffällig ist auch, dass mitten im Lähmungsgebiet einzelne Muskeln intact erscheinen können (Beob. 9), während andere umgekehrt mitten in einer nur psychisch vorhandenen Lähmung wirklich gelähmt erscheinen (Beob. 18, z. B.: Peroneuslähmung). Ganz ungewöhnliche Combinationen sind z. B. die in Beob. 3 bestehende Lähmung der Portio minor Trigemini und des Gaumensegels.

An eine corticale, wenn auch nur functionelle Localisation erinnern Fälle (3, 15), wo die Hemiplegie sich aus Monoplegien entwickelt. Dass auch posthemiplegisches Zittern (ähnlich Paralysis agitans), Chorea und Ataxie hier vorkommen können, lehren Beob. 11, 13, 15.

Selbst Jacksonanfälle im Lähmungsgebiet können hier zur Beobachtung gelangen (Beob. 7, 11).

Die Steigerung der tiefen Reflexe ist bei hysterischer Hemiplegie eine viel weniger markante als bei organischer.

Viel wichtiger ist das Verhalten des Bauchhautreflexes, der bei organischer Hemiplegie auf der Seite der Lähmung regelmässig fehlt, bei hysterischer erhalten ist. Eine Ausnahme bildet nur Beob. 7, wo er (schlaffe Bauchdecken) beiderseits fehlte.

Von ganz hervorragender diagnostischer Bedeutung ist jedenfalls das Verhalten der Sensibilität im Lähmungsgebiet.

Während bei organischer Hemiplegie die Sensibilität nur shokartig und flüchtig mitbetroffen ist, selbst bei Getroffensein des hintern Drittels des hinteren Schenkels der Capsula interna bald sich aufbessert und auf eine nur leichte Hypästhesie für alle oder einzelne Empfindungsqualitäten, mit Schonung der tiefen Sensibilität sich beschränkt, zeigt sich Fehlen der Empfindungsstörung nur in vier (12, 13, 16, 17) von den obigen 18 Beobachtungen.

Sie ist ziemlich hartnäckig, betrifft alle Empfindungsqualitäten ausser in 14, wo sie einen syringomyelischen Typus aufweist, befällt auch die Sinnesorgane (1, 3, 7, 8, 10) und einige Male die tiefe Sensibilität (9, 14).

In einem Falle (11) erscheint die Sensibilitätsstörung in paradoxer Weise als Hemihyperästhesie.

Eine interessante, den Verlauf hysterischer Hemiplegie begleitende Erscheinung ist die in Beob. 3 und 4 in nahezu identischer Weise beobachtete Hemmung der Bewegungen des gesunden Auges von Seiten des anderen, von Amblyopie und Anästhesie befallenen.

Diese associative Hemmung der Blickbewegung ist eine rein psychische Erscheinung und so begreift es sich, dass sie nur bei voller Bewusstheit des Defects auf dem kranken Auge, nicht aber bei vermeintlicher Ausschaltung dieses Auges vom binocularen Sehact (durch Verdecken des betr. Auges) und im Affect zu Tage tritt.

Bischoff bringt in seinem Fall 4 das Phänomen, wohl mit Recht, in Analogie mit jenen Anästhesien, bei welchen Bewegungen (mit dem anästhetischen Arm) nur unter Controle der Augen ausführbar sind, und weist darauf hin, dass in seinem Fall Anfangs auch in allen bilateral gebrauchten Gesichtsmuskeln die Beweglichkeit auf beiden Seiten eingeschränkt war.

Dass die hysterische Hemiplegie nach Umständen sehr hartnäckig ist, lehren Beob. 7, 16, 17, 18. Die Gefahr von Recidiven oder Recrudescenzen in Folge von Emotionen oder relativen Ueberanstrengungen wird durch Beob. 1, 3, 4, 6, 8, 13, 15 dargethan.

Die Therapie kann nur eine psychische sein, unter Verwerthung von Wach- (12) oder Schlafsuggestionen (15). Dass auch blosse Hypnose ohne Ausnützung derselben zu Suggestionen werthvoll sein kann, lehrt Beob. 9. Behandlung mit Electricität oder Magnet dürfte nur im Sinne von larvirter Wachsuggestion wirksam sein.

Ueber Pseudoparesis spastica.

(Vortäuschung spastischer Spinalparalyse durch Hysterie.)

Unter dieser, sich an neuere Publicationen von Nonne und von Fürstner anlehnenden Bezeichnung, stelle ich im Folgenden eine Anzahl von Fällen meiner Beobachtung zusammen, die in ihrer Mehrzahl das Bild der sog. spastischen Paralyse vortäuschen, wobei sich aber gleichwohl nachweisen lässt, dass weder Parese noch Spasmus in Wirklichkeit bestehen, vielmehr durch psychisch vermittelte Innervationsanomalien Seitens Hysterischer vorgetäuscht werden.

Diese eigenartige Störung in der Function der Unterextremitäten erinnert an Charcot's und Grasset's „Ataxie choréiforme“, d. h. Abasie, theils durch Störung der coordinatorischen Leistung des Gehens, theils durch Verkrampfung von Muskeln hervorgerufen.

Auch ein Fall von „Zitterabasie“, den Charcot (Poliklinische Vorträge, übersetzt von Kahane, Bd. II, p. 305) am 5. 3. 89 vorstellte, dürfte hierher gehören.

Marie (Krankheiten des Rückenmarks 1894, p. 110) erwähnt Fälle von „Paraplégie mit Contractur, die der Tabes spastica nahezu gleichen“, jedoch seien bei ihnen die Steigerung der tiefen Reflexe minder ausgeprägt und überdies meist Störungen der Sensibilität und andere Stigmata hysteriae nachweisbar.

Auch an die Fälle von „pseudospastischer Parese mit Tremor“, die Nonne (Neurolog. Centralblatt 1896, 12), Fürstner (ebenda 1896, 15) und Onuf (ebenda 1897, 8) im Rahmen einer hysterischen traumatischen Neurose veröffentlicht haben, erinnern die folgenden Beobachtungen, ja sind ihnen vielleicht gleichzustellen, als Varianten ein und desselben neurotischen Bildes, das eventuell nur durch Verschiedenheit der ätiologischen Momente, differente Züge biete.

Am nächsten kommt dieser Bewegungsstörung die „psychische Contractur“ Richet's (die hysterischen Lähmungen und Contracturen, Paris 1892). R. fasst sie als einen in der Hirnrinde ausgelösten Vorgang auf und führt als Beleg dafür, dass auch die motorischen Hirn-

rindencentren bei Hysterie Erregungsvorgänge im Sinne einer „Contractur" vermitteln können, die Thatsache an, dass solche „Contracturen" im künstlich (hypnotisch) provocirten Somnambulismus erfolgreich suggerirt werden können.

Richer denkt sich diese psychische Contractur als auf dem Wege der Autosuggestion entstanden, ohne auf die Art und Weise ihres Zustandekommens näher einzugehen.

Im Gegensatz zur vulgären (spinal, meist reflectorisch entstandenen) Contractur hebt er hervor, dass die psychische durch psychische Reize und Eingriffe aller Art, besonders aber durch die Aufmerksamkeit des Kranken auf sein Leiden erheblich gesteigert, durch Ablenkung jener temporär beseitigt wird und im ruhigen Schlafe vollständig schwindet.

Diese psych. Contractur zeigt nach Richer grössten Wechsel der Intensität, allen empirischen Gesetzen spottende Lokalisationen, ist selten von Sensibilitätsstörungen begleitet und reagirt demgemäss nicht auf physikalische Behandlung (Magnetotherapie), die wesentlich eine psychische sein muss.

Beobachtung 1.

Dr. med. A., 29 J., consultirte mich im Sommer 1887 wegen eines complicirten Nervenleidens, unter dessen Symptomen ganz besonders Erscheinungen im Sinne einer spastischen Parese der UE. den Patienten belästigten und beunruhigten. In der Familie findet sich neuropathische Constitution vor. Der Vater soll von reizbarem Temperament sein. Drei Brüder des Patienten sind nervös erregbare Leute. Eine Schwester litt vom 18. Jahr ab an Neurasthenie mit Agoraphobie und temporärer Dysthymie. Eine Tante erkrankte an Hysterie im Klimacterium.

Patient machte als Kind Rachitis, später Morbillen und Typhus abdominalis durch. Früh und mächtig regte sich die Vita sexualis. Von der Pubertät ab viel Pollutionen. Abstinenz trotz grosser Libido führte zu Neurasthenia sexualis mit Spermatorrhoe. Im weiteren Verlauf Entwicklung von Neurasthenia spinalis. Mit 25 Jahren Spitzenkatarrh, der bald ausheilte. Nun aber allgemeine Neurasthenie, Anämie, überaus rasche Ermüdung nach relativen Muskelanstrengungen, besonders in den UE. Aufenthalt im Süden bewirkt keine Besserung. Die Ermattung der Beine nimmt zu, Patient ist zeitweise kaum mehr gehfähig. Besonders leicht versagt die l. UE., was Patient nicht ohne Grund mit relativer Ueberanstrengung des l. Beins, anlässlich fünf Monate betriebener Fechtübungen, in Zusammenhang bringt.

Patient fing an, Anfangs 1885 über seine Gehschwäche besorgt zu werden. Er konnte sich die Situation nur unter Annahme einer Myelopathie erklären, consultirte ärztliche Koryphäen, zumal da sich Erscheinungen von krampfhafter Starre der Beine, besonders Morgens beim

Auftreten, und eine enorme Steigerung der tiefen Reflexe bis zu Fussclonus, der reizbaren Schwäche hinzugesellt hatten.

Seine Autodiagnose wurde von den Koryphäen bestätigt. Vergebens wurden Hydro- und Elektrotherapie, Sondenkur und Aetzung des Caput gallinaginis contra Pollutionen und Spermatorrhoe angewendet. Auch Secale und Nervina hatten versagt.

Stat. praes. 20. 7. 87: Patient untermittelgross, nicht anämisch. Vegetative Organe ohne Befund. Bild einer Hysteroneurasthenia levis (Dyspepsie, durch Gemüthsbewegungen sehr beeinflussbare Herzaction, grosser Stimmungswechsel, Emotivität, zeitweise grundlose Gemüthsdepression, rasche geistige Ermüdung, Unlust zur Arbeit, Nosophobie im Sinne spastischer Spinalparalyse, Hyposmie, concentr. Sehfeldeinschränkung, schweres Einschlafen, wirre Träume, unerquicklicher Schlaf u. s. w.) Dazu Defäcations- und Mictionsspermatorrhoe. Coram aliis mictio difficilis. Sonst Blase und Darm in ihren Functionen intact. Nirgends am Körper finden sich Störungen der Sensibilität.

In den OE. erhebliche Amyosthenie, besonders in der l. und rasche Erschöpfung. R. Dynamometer 45, l. 30, bei Wiederholung des Druckversuches überaus rasch absinkend auf minimale Werthe. Die tiefen Reflexe unbedeutend gesteigert. Keine Dystrophien. Hier und da, besonders im l. Thenar fibrilläre Contractionen.

In den UE. besteht beim Erwachen ein Gefühl von Steifigkeit. Objectiv zeigt sich, namentlich in der l. UE. jeweils bei Intention, aber auch bei passiver Bewegung, Massage, unter dem Einfluss von Kälte, endlich auch beim Gähnen eine Versteifung der Beine. Zuweilen nehmen an dieser Streckung und Versteifung auch die OE. Theil.

Bei vorsichtiger Innervation lässt sich die Neigung zu diesen Versteifungen einigermassen überwinden, am wenigsten aber in der r. UE.

Springt Patient nach dem Erwachen aus dem Bett, so vermag er die Steifigkeit seiner Beine erst nach einigen Secunden zu überwinden und zu gehen. Wacht er schon nach 3 Stunden auf, so besteht diese Starre nicht.

Der Gang ist spastisch, aber nicht scharrend. Die Ausdauer des Gehens ist eine beschränkte und sehr wechselnde. Sie schwankt zwischen 2 und 30'. Sie hängt vom Allgemein- und psychischen Befinden ab und ist nach schlafloser Nacht, Spermatorrhoe und nach psychischer Erregung eine viel geringere als sonst.

Schon nach den ersten Minuten, oft schon nach wenigen Schritten kommt ein Gefühl von Müdigkeit und man bemerkt ein kürzeres Verweilen auf dem linken Fusse. Dann nimmt die Müdigkeit rapid zu, der

Gang wird immer unsicherer, bis der Kranke zuletzt den l. Fuss nachschleift und über die geringsten Unebenheit seines Weges stolpert.

Die Marschfähigkeit ist am grössten Morgens nach dem Aufstehen und Abends nach der Mahlzeit. Nach dem Mittagessen ist sie am geringsten. Stiegensteigen und Bergaufgehen gelingt besser als die umgekehrte Leistung. Stehen und Umwenden auf dem l. Fusse ist unmöglich. Die Hebung der ausgestreckten l. UE. ist nicht in dem Umfang möglich, wie mit der r., auch nicht in liegender Position. Auch die Leistung im l. Peroneusgebiet ist viel geringer als im r. Romberg ist negativ, der Muskelsinn, überhaupt die tiefe Sensibilität intakt. Der Muskeltonus ist nicht gesteigert. Die elektrische Erregbarkeit ist normal. Die tiefen Reflexe sind erheblich gesteigert. Fussclonus ist r. und l. jederzeit hervorzurufen. Schon nach kurzem Gehen erhöhen sich diese Reflexe bedeutend, um in der Ruhe abzusinken, jedoch bleiben sie constant bedeutend über die Norm gesteigert.

Die l. UE. ist allenthalben um 2 cm schmächtiger im Volumen als die r.

Unter Hydro- und Elektrotherapie bessert sich das Befinden. Die Beobachtung bis Anfang October stellt die hystero-neurasthenische Grundlage des Krankheitszustandes fest. Der Gang des Patienten ist, wenn er sich beobachtet weiss, viel schlechter als sonst. Auch bei sciroccalem Wetter, ganz besonders aber bei schlechter Stimmung und nach Pollutionen geht er viel schwerer. Die Versteifung der UE. tritt nur dann auf, wenn Ermüdungsgefühl sich einstellt. Man gewinnt den Eindruck, dass Patient auf Grund eines Ermüdungsgefühls unbewusst dann seine Extensoren übermässig innervirt. Jedenfalls ist der psychische Einfluss, der aber dem Patienten nicht zum Bewusstsein kommt, dabei ausschlaggebend. So erklärt sich auch der überaus grosse Wechsel der „Rigor“-Erscheinungen. Auch die Steigerung der tiefen Reflexe steht im correlaten Verhältniss zur reizbaren Schwäche der UE. und sinkt, wenn Patient ausgeruht ist, bedeutend ab.

Die Autosuggestion desselben, von einem organischen Rückenmarksleiden heimgesucht zu sein, liess sich nicht ganz eliminiren. Auf eine Anfrage nach seinem Befinden erwiderte der in einer grossen Stadt des Südens in ausgiebiger specialärztlicher Thätigkeit stehende College am 15. 2. 1897 Folgendes:

„Die Fortsetzung meiner Krankheitsgeschichte lässt sich in wenigen Worten zusammenfassen: Das Wesen der Krankheit ist dasselbe geblieben — Steigerung der Sehnenreflexe (Kniephänomen und Fussclonus beiderseits) und spastisch paretischer Zustand der UE. Letzterer ist

aber in den letzten 10 Jahren entschieden schlechter geworden, [illegible] dass das Gehvermögen bedeutend erschwert ist. Mein anstrengender Specialberuf lässt mich mein Leiden leichter ertragen."

Beobachtung 2.

B., 51 J., Hilfsarbeiter, gelangte am 26. 11. 1896 auf der Klinik zur Aufnahme.

Patient ist Findelkind, Gesundheitsverhältnisse der Ascendenz nicht zu ermitteln. B. war nie luetisch, ausser an Typhus vor vielen Jahren nie krank.

1890 im Herbst, auf einer Landpartie, auf welcher Patient sich angestrengt und 1,5 Liter neuen Wein getrunken hatte, fühlte er beim Aufstehen vom Wirthstisch, um den Heimweg anzutreten, grosse Müdigkeit und Steifheit in den Beinen, hatte Mühe, vorwärts zu kommen und empfand diese Beschwerden bis zur Bettruhe.

Am anderen Morgen fühlte er sich ganz wohl und konnte wieder anstandslos seinem anstrengenden Beruf in der Fabrik nachgehen. Diese Steifigkeit und Müdigkeit kehrte aber bis 1893 jeweils nach Genuss von 5—6 Halblitern Wein wieder.

Seit 1893 wurden diese Beschwerden aber dauernd und nur mehr durch Abusus vini temporär gesteigert.

Auch wenn er eine starke (Virginia) Cigarre rauchte, war das Gehen verschlechtert. Noch eigenthümlicher war, dass, wenn Patient sich in der Fabrik von Jemand, besonders von einem Vorgesetzten beobachtet wusste, er keinen Schritt machen konnte. Er fühlte dann seine Beine wie „verhext" und wurde erst wieder Herr derselben, wenn der Beobachter den Saal verliess. Patient motivirte diese auffällige psychomotorische Reaction damit, dass er in der Angst lebte, seine Stellung zu verlieren, wenn man merken würde, dass er ein Fussleiden habe.

Indem er sich unbeobachtet wusste, konnte er selbst bis auf die letzte Zeit leicht, ohne Stock, mit einer Last von 50 Kilo gehen.

Im Frühjahr 1893 will Patient durch 4 Wochen Formicationsgefühle in den UE. empfunden haben, ferner eine Zeit lang an der Aussenfläche des l. Oberschenkels tactil anästhetisch gewesen sein.

In den letzten 2 Jahren hatte sich der Zustand bedeutend verschlechtert, was Patient dem Abusus vini, namentlich aber dem Ausspruch eines Arztes, sein Leiden könne zu vollständiger Lähmung führen, zuschrieb.

Am 21. 3. 1896 stellte sich mir Patient im Ambulator. clinicum zum ersten Male vor. Er bot exquisit spastisch paretischen Gang, der psychisch auffallend beeinflussbar war, erhaltene grobe Muskelkraft, intacte Sensibilität, gesteigerten Patellarreflex und Fussclonus.

Im September 1896 unterzog sich Patient einer sogenannten Kneippkur und empfand davon temporär grosse Besserung. Als er einmal Eisumschläge machte, waren im Anschluss daran die UE. durch 3 Stunden unbeweglich geworden.

Wegen bedeutender Verschlimmerung liess sich Patient im November 1896 auf der Klinik aufnehmen.

Stat. 30. 11. 1896. Kräftiger Mann, vegetativ ohne Befund. Hirnnerven und OE. frei von jeglicher Störung.

In den UE. alle Bewegungen möglich. Keine Abnahme der groben Muskelkraft, ausser in den Kniebeugern, wo auch bei passiven Bewegungen ein leichter Grad von Rigor zu finden ist. Die tiefen Reflexe sind stark gesteigert. Vasomotorische, trophische, sensible Störungen sind im Bereiche der UE. nicht aufzufinden. Blase und Mastdarm in normaler Function. Stigmata hysteriae sind nicht auffindbar. Der Gang des Patienten ist eigenartig spastisch. Die Beine werden steif gehalten, in den Gelenken nicht abgebogen, im Hüftgelenk circumducirt. Dabei tritt Patient mit dem inneren Fussrand auf und hält den Fuss dorsalflectirt, sodass, wenn er am Boden streift, dies nicht mit dem Vorderfuss, sondern mit der Ferse geschieht. Er geht ohne Stütze sicher, mit grossen Schritten, ohne zu schwanken. Das Bewusstsein beobachtet zu sein, psychische Erregung verschlechtern im Sinne der Versteifung das Gehen enorm. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit geht Patient ziemlich gut. Auffallend ist auch, dass er nur beim Vorwärtsgehen, nicht aber beim Rückwärtsschreiten, überhaupt nicht bei ungewöhnlichen Bewegungen die geschilderte Versteifung zeigt. Gymnastik, Gehübungen unter Leitung des Arztes bessern bedeutend. Schliesslich steht Patient anstandslos auf einem Bein. In Emotion die frühere Situation. Gebessert entlassen am 21. 1. 97.

Beobachtung 3.

Am 8. 10. 1890 stellte sich mir Herr Z., Beamter, 39 J., vor und bat um Hülfe gegen ein schweres, seine Gehfunction empfindlich störendes Leiden.

Patient stammt von gesunden Eltern. Zwei Brüder starben in frühem Alter gehirnkrank (Meningitis tuberc.?), zwei Schwestern sind lungenleidend.

Er selbst war stets gesund, kräftig, kein potator, nie luetisch gewesen.

Um Weihnacht 1889 intensive Erkältung auf einer Bahnfahrt. Seither Kältegefühl in oberer Lenden- und Kreuzgegend. Anfang Februar 1890 Sturz auf dem Glatteis ohne Beschädigung. Pat. erschrak dabei heftig. Im Anschluss daran am folgenden Morgen Steifigkeit in Rumpf und

UE., etwas Schmerz interscapular. Erschwerte Bewegungen des Rumpfes und schwieriges Gehen mit Gefühl eines Drucks am Steiss, Vertaubung der Zehen, überaus rasche Ermüdung. Brennen unter der Haut der Schenkel. Obstipation, leichte Dysurie.

Im Laufe des Frühjahrs 1890 zunehmende Parästhesien und Paralgien in der Kreuz- und l. Lumbalgegend. Brennen an der Innenfläche der Oberschenkel und am Abdomen. Kälte- und Vertaubungsgefühle an UE. und Stamm bis zur Höhe des Epigastriums. Zunehmende Versteifung der Beine und Bewegungsstörung. Ein Anfangs Juli consultirter Specialist diagnosticirte Myelitis und verordnete Jodnatrium und Badener Bäder. Während dieser Kur zunehmende Verschlechterung. Nach Abbrechen dieser Behandlung unter leichter Wasserkur geringe Besserung.

Der Status Mitte October 1890 ergab folgenden Befund: grosser, äusserst muskulöser, gut genährter Mann. Wirbelsäule ohne Veränderung. Grosse Emotivität. Gehirnnerven und OE. ohne Functionsstörung. Hypästhesie für alle Qualitäten bis zur Höhe des Epigastriums herauf. Klagen über schwammiges Gefühl in den Plantae pedis. Keine Schmerzen, keine Wurzelsymptome, kein Gürtelgefühl.

Spastisch paretischer, nicht atactischer Gang, nur mit Stock möglich, überaus rasche Ermüdung. Bis auf geringe Amyosthenie in r. UE. kein Ausfall grober motorischer Kraft. Rigidität sämmtlicher Muskeln der UE., rechts stärker als l., in der Ruhe am stärksten, nach längerer passiver oder activer Bewegung abnehmend.

Bei jeder Gemüthsbewegung heftiger Zitterkrampf in den Oberschenkeln und Bauchmuskeln. Ohne Unterstützung vermag sich Patient aus horizontaler Lage nicht aufzurichten. Bei motorischen Leistungen, die Patienten sichtlich sehr anstrengen, geräth er gleich in Transpiration und wird dyspnoisch.

Enorme Steigerung sämmtlicher tiefen Reflexe in den UE., Patellar- und Fussclonus.

Bauch-, epigastrische, Cremasteren- und Plantarreflexe nicht hervorzurufen. Der l. Cremaster zeigt fast continuirliche zuckende Contractionen.

Die tiefe Sensibilität (Lagevorstellung, Gefühl für passive Bewegung) ungeschädigt. Romberg'scher Versuch negativ.

Geringer Grad von Dysurie. Urin ohne fremde Bestandtheile, vegetative Organe ohne Befund. Seltene Erectionen. Elektrische Untersuchung weist keine Reactionsanomalien auf.

Diagnostisch wird die Möglichkeit einer Myelitis dorsalis angenommen. Unter Behandlung mit lauen Soolbädern, Galvanisation der Wirbelsäule und Secale mit Belladonna intern Verschlechterung — ver-

mehrte Parästhesien, Muskelrigidität fast permanent und auch auf Lenden- und Bauchmuskulatur ausgedehnt, enorme Steigerung der tiefen Reflexe, aufgehobene Geh- und Stehfähigkeit.

Bei Aussetzen dieser Behandlung und Ersatz derselben durch Halbbäder Erschlaffen der Muskeln, ausgenommen der des Beckengürtels und der Adductoren. Vom 29. 10. ab der frühere Zustand, aber milder. Erheblicher Nachlass der Muskelversteifung jeweils Abends. Durch äussere Verhältnisse ganz unbeeinflusste Remissionen und Exacerbationen. Auch Brombehandlung bis zu 8,0 pro die, Extr. Conii maculati bis zu 0,5 täglich, bringen keine Veränderung der Muskelrigidität zu Stande. Erscheinungen von Diathèse de contracture werden nie beobachtet.

Im Laufe des December 1890 deutliche Hypästhesie von den Füssen bis zur Höhe des Proc. xyphoideus, hinten bis zum 6. Brustwirbel hinauf.

Bei einem Versuch der Hypnose geräth Patient in tiefes Engourdissement. In diesem Suggestion, dass die Muskelrigidität schwinden werde.

Nach dieser Sitzung volles Befreitsein von derselben durch viele Stunden. In weiteren Sitzungen ebenfalls Erfolg, aber nicht mehr von so langer Dauer, sodass schliesslich auch dieses Mittel versagt.

Anfang Februar 1891 wohl spontane Abnahme der Rigidität. Sie beschränkt sich auf die Flexores cruris et femoris.

Ende Februar ebenso grundlose Exacerbation — beide Beine, ganze Beckenmuskulatur und untere Bauchgegend wieder rigid, letztere brethart und qua Bauchpresse bei der Urinentleerung (erschwertes Harnen) sehr mangelhaft. Patient geh- und stehunfähig. Des Morgens ist die Muskelversteifung immer am heftigsten. Jede Willensintention, jeder passive Bewegungsversuch steigert sie episodisch, während Hautreize und Druck auf die Nervenstämme sie nicht beeinflussen. Bis zur Abreise des Patienten nach Hause im Juni 1891 nach erfolgloser Kur beständiger Wechsel zwischen Remissionen und Exacerbationen, die ganz unvermittelt auftreten; die letzteren waren jeweils von bedeutender Steigerung der tiefen Reflexe begleitet. In den Remissionen beschränkte sich die Muskelcontraction auf bestimmte Muskelgruppen. Nie waren die meist bretharten Muskeln schmerzhaft. Auffallend war auch der grosse Wechsel in der Intensität und Extensität der Sensibilitätsstörungen in den UE. So war z. B. der Befund im Mai der, dass die cutane und tiefe Sensibilität bis zum Knie herauf kaum merklich gestört war, sich daran bis zum Becken eine Zone schwer gestörter Empfindung anschloss, während von da bis zur Höhe des Proc. xyphoideus die Sensibilität

kaum mehr gestört war. Diese Gebiete der Hyp- und Anästhesie schwankten auf und ab.

Stigmata hysteriae waren nie zu constatiren gewesen. Bemerkenswerth war die grosse Emotivität des allerdings hilflosen und einer zweifelhaften Zukunft entgegensehenden Patienten. Ich verlor Herrn Z. aus den Augen, erfuhr eines Tages, dass er genesen sei und erbat und erhielt von ihm folgende Auskünfte über den weiteren Verlauf seiner Krankheit.

„Als ich im Juni 1891 nach Hause fuhr, wurde noch Professor Kahler consultirt, welcher mir Hoffnung auf Genesung machte, allerdings dürfte es noch 2—3 Jahre bis dahin dauern. Er empfahl mir leichte Wasserkur und Elektrisiren. Ende August 1891 fuhr ich nach der Wasserheilanstalt Gr., wo ich bis October 1892 blieb. Ich nahm täglich (im Sommer 2 mal) ein Halbbad von 23—21° R. 5 Min. lang, bekam leichte Abreibungen, wurde elektrisirt vom Lendenmark zur Leistengegend und überdies durch 2 Monate mein Rücken gedehnt (in liegender Position die Füsse gegen den Kopf gebracht). Medicamente wurden keine gebraucht.

Im Frühjahr 1892 trat eine Reaction ein — es kamen heftige Schmerzen in der Hüfte und den Beinen, langsam stellte sich die Beweglichkeit und Empfindung wieder her, kleine Unterbrechungen, in denen die Muskelspannungen wieder stärker waren, abgerechnet.

Als ich im October 1892 nach Hause kam, konnte ich wohl die Beine etwas heben, aber nicht strecken. Zu Hause besserte es sich zusehends. Bald konnte ich allein stehen und gegen Neujahr 1893 etwas gehen. Im März ging ich frei, ohne Stock, ermüdete aber bald. Es stellte sich der frühere Zustand beinahe vollständig wieder her, nur manchmal, besonders bei feuchtem Wetter und beim Herabgehen von Stiegen, verspürte ich eine leichte Schwäche. Noch 1893 wurde ich wieder vollständig berufstüchtig."

Beobachtung 1.

G., 39 J., ledig, Knecht, kam am 8. 12. 1896 wegen einer Gehstörung zur Aufnahme auf der Klinik.

Patient hat Cran. rachiticum, ist geistig beschränkt, behauptet, seine Mutter und eine Cousine des Vaters hätten an einer ähnlichen Gehstörung, wie die seinige, gelitten.

Vor 7 J., als Patient beim Graben eines Kellers Tage lang im Wasser stand, stellten sich rheumatische Schmerzen in Knieen und Unterschenkeln ein, die in der Folge, namentlich bei Witterungswechsel recrudescirten und ihn sehr plagten. Bald nach dem Auftreten dieser Schmerzen, wobei er lebhaft seiner dysbasischen Verwandten ge-

denken musste, stellte sich die unten zu beschreibende Gehstörung ein, die ihn seither nie mehr ganz verliess. Besonders empfand er sie, wenn er nach nächtlicher Ruhe seine Beine gebrauchen wollte. Er bemerkte dann darin Schmerz und Steifigkeit.

Stat. praesens: Cranium 565 mm mit Hinterhauptstufe, stark vorspringende Tubera parietalia. Gebiss defect. Von Seiten der Hirnnerven keine Functionsstörung, ausser beiderseits fehlenden Gaumen- und Rachenreflexen.

Wirbelsäule normal. OE ohne Befund, bis auf sehr prompte tiefe Reflexe.

Die UE sind in der Rückenlage im Hüft- und Kniegelenk leicht gebeugt, die Flexores cruris (l. stärker als r.) etwas contrahirt. Die grobe Muskelkraft und die Sensibilität normal. Beiderseits Patellar- und Fussclonus. Der Gang ist spastisch paretisch. Die Beine werden im Hüftgelenk circumducirt, die Kniee kaum gebeugt, an einander gesetzt, die Füsse in ihrem vorderen Abschnitt am Boden scharrend geschleift; der Gang erinnert vollkommen an den bei sog. spastischer Paralyse, nur macht Patient auffallend grosse Schritte und ist jener psychisch sehr beeinflussbar, indem bei abgelenkter Aufmerksamkeit die Gelenke, namentlich die Hüftgelenke auffallend freier werden. In den Gelenken findet sich keine anatomische Veränderung. In den Sehnen der Kniebeuger ist bei passiver Bewegung Knarren zu verspüren.

Bei solcher findet sich nirgends Versteifung. Patient wird mit Gymnastik, Faradisation und Wachsuggestion behandelt. Allmälig gewinnt man solchen Einfluss auf ihn, dass er ohne Steifigkeit, mit freier Beweglichkeit in den Gelenken, mit grossen sicheren Schritten einherschreiten kann. Sich selbst überlassen, fällt aber Pat. wieder in seine fehlerhafte Gehweise zurück. Pat. drängt heim und wird am 10. 1. 1897 gebessert entlassen.

Beobachtung 5.

D., 55 J., Schneidergehilfe, auf der Klinik aufgenommen am 20. 1. 1897, stammt von einem Vater, der potator war. Sonst findet sich nichts Belastendes in seiner Ascendenz und Blutsverwandtschaft. Seine 3 Kinder haben sämmtlich an Convulsionen gelitten, seine Frau hat überdies 3 mal abortirt. Lues ist weder anamnestisch, noch in der Beobachtung an ihm nachweisbar, potator war er nicht. Als Kind gesund, kräftig gewesen, mit 19 J. „Kopftyphus", im Anschluss daran möglicherweise Tetanie. Mit 35 J. fragliche Hirnhautentzündung, mit 49 J. heftige Contusion des Gesässes, im Januar 1895 fieberhafte Erkrankung (Influenza?) darauf wieder Wohlbefinden.

Im Mai 1895 zunehmende rasche Ermüdung beim Gehen, im November 1895 brennende Schmerzen im l. Gesäss und l. Knie, im Früh-

jahr 1896 Formication und Kältegefühl im l. Ulnarisgebiet bis zum Ellbogen herauf.

Dazu Parästhesie in den UE., Steifheit derselben, besonders links, Schmerzen in Vorderarmen und Unterextremitäten, als lancinirende geschildert. Schwinden von Libido und Potentia sexualis. Obstipation.

Stat. praes. 23. I. 1897. Pat. mittelgross, gut genährt, Schädel regelmässig. Umfang 56 cm. Vegetativ ohne Befund, bis auf geringes Lungenemphysem. Pat. von gewöhnlicher Intelligenz, sehr präoccupirt durch sein Leiden, Siechthum befürchtend. Gehirnnerven ohne Befund.

OE. grobe Muskelkraft etwas reducirt, keine trophischen oder vasomotorischen Störungen, alle Bewegungen ohne Ataxie, Zittern u. s. w. möglich. Tiefe Reflexe und directe Muskelerregbarkeit gesteigert, r. mehr als l.

Am l. Kleinfinger besteht tactile, algetische und thermische Hypästhesie, an der r. OE. derselbe Befund im ganzen Ulnarisgebiet bis zum Ellbogen herauf. Das Lagebewusstsein der r. OE. ist erheblich gestört. Sonst keine Störung der Sensibilität.

Am Stamm besteht Schwerbeweglichkeit und Steifheit, die Pat. mit Schmerzhaftigkeit und Müdigkeit im Kreuz motivirt.

UE. Die active Beweglichkeit in allen Gelenken ist durch Rigor eingeschränkt, l. mehr als r., ganz besonders rigid sind Adductores und Flexores cruris. Klagen über Versteifung der Beine r. mehr als l. Objectiv besteht temporär Krampf im Extensor hallucis.

Bei passiver Bewegung zeigt sich in allen Gelenken Widerstand gegen solche, der aber auffallender Weise bei geschlossenen Augen oder auch bei abgelenkter Aufmerksamkeit des Pat. gänzlich schwindet. Die grobe Muskelkraft ist unversehrt, desgleichen die Sensibilität in allen ihren Qualitäten. Die tiefen Reflexe sind sehr gesteigert, beiderseits ist Fussclonus erzielbar.

Pat. bietet den Gang eines an spastischer Spinalparalyse Leidenden. Er geht mit kleinen Schritten, trippelnd, leicht scharrend, die Kniee aneinander wetzend, mühsam sich vorschiebend, steif in allen Gelenken. Er ermüdet rasch und fängt dann an mit dem l. Bein zu zittern. Bei geschlossenen Augen steht er Anfangs sicher, wird aber dann ängstlich, geräth ins Schwanken, das aber suggestiv sich beseitigen lässt. Auch bei offenen Augen ist Pat. im Gehen ängstlich und fürchtet beständig zu fallen, was ihm aber nie passirt.

Da Pat. in seiner gestörten Motilität psychisch sehr beeinflusst wird, sein Rigor offenbar nur unbewusster Innervationsexcess ist und bei abgelenkter Psyche schwindet, da jegliche Parese fehlt und geometrisch begrenzte Sensibilitätsstörungen an den OE. vorhanden sind, wird

die Diagnose auf ein functionelles Leiden gestellt und Pat. entsprechend mit Wachsuggestionen, Electro- und Hydrotherapie behandelt.

Anfang Mai 1897 bessert sich etwas der Gang. Pat. geht weniger steif, rascher und ausdauernder, jedoch hat sich eine Contractur des l. Gastrocnemius eingestellt, sodass die active Dorsalflexion des Fusses nicht und passiv nur mit Anwendung ziemlicher Kraft gelingt.

An den OE. besteht beiderseits an der Beugeseite eine Parästhesie, welche die drei letzten Finger und die Hälfte des Vorderarmes an seiner ulnaren Seite bis zum Ellbogengelenk umfasst. An der Streckseite betrifft diese Parästhesie die 3 letzten Finger und aufwärts den ganzen Vorderarm bis zum Ellbogen.

Innerhalb dieses parästhetischen Gebietes besteht cutane Hyperästhesie und Hyperalgesie. Sonst stat. idem. Pat. verlässt am 15. 5. 1897 das Spital, um eine Badekur anzutreten.

Am Tage der Entlassung sind die tiefen Reflexe in den UE. noch sehr gesteigert. l. besteht Fussclonus und bei Manipulationen an der l. UE. kommt es zu Schütteltremor des ganzen Beins. Der Rigor besteht nur beim Gehen und bei passiver Bewegung, wenn Pat. die Augen offen hat. Sonst fehlt er vollkommen. Nirgends besteht eine Herabsetzung der groben Muskelkraft.

Beobachtung 6.

Sch., 31 J., Friseur, aufgen. 3. 2. 1897, stammt von einem von jeher neuropathischen, jähzornigen Vater. Ein Bruder des Pat. ist psychisch krank.

Früher gesund, erkrankte Pat., angeblich ohne vorgängige Emotion, Trauma, fieberhafte Krankheit, Lues, 1890 unter Ameisenlaufen im Fuss, rascher Ermüdung und zunehmender Schwäche, an einer Monoparese der l. UE., sodass er den Fuss beim Gehakt nachzog. Der Arzt sprach damals von Hysterie und stellte ihn nach 5 Wochen wieder her.

1891, ohne Anlass, kehrten diese Störungen in der l. UE. wieder und wichen diesmal nicht der ärztlichen Behandlung.

Seit 1894 fühlte Pat. in der Ruhe eine Versteifung im l. Bein, die aber bei Bewegung jeweils sich verlor. Anfang 1896 zeigte sich Schwäche und Versteifung auch in der r. UE. Pat. führt dies auf übermässige Inanspruchnahme der r. UE. zurück, da die linke beim Gehakt insufficient war. Parästhesien bestanden r. nicht. Seit Ende 1896 will er bei der Urinentleerung ab und zu ein schneidendes Gefühl in der Blase und Dysurie gehabt haben. Temporär sei auch relative Incontinenz dagewesen.

Anfang Januar 1897, nach einem warmen Bad, sei er in den Beinen ganz steif und gehunfähig geworden.

Stat. praes. 5. 2. 1897. Kräftiges, gut genährtes Individuum, geistig etwas beschränkt, sehr durch die Functionsstörung der UE. präoccupirt, die er offenbar für eine schwere Krankheit hält. Cranium leicht difform, Hinterhauptsstufe, Cf. 56.5, Torus palatinus. Vegetativ ohne Befund, ohne Spuren von Lues. Hoden auffallend klein, weich. Masturbation wird nicht zugegeben. Hirnnerven intakt, jedoch Sehfeld minimal temporal eingeschränkt, Fundus und Visus normal.

Am Stamm vorn eine vom Rippenbogen bis zur Nabelhöhe, hinten 4 Querfinger unter dem Angulus scapulae bis zum Darmbeinkamm reichende gürtelförmige Zone tactiler, thermischer und algetischer Hypästhesie. Pat. vermag sich im Bett nicht frei aufzurichten, leicht aber, wenn der in den Rücken gesetzte Finger des Arztes eine bezügliche Unterstützung markirt. In den OE. keine Functionsstörung.

UE. Musculatur kräftig, Tonus gut, nirgends Atrophie. Sensibilität intact, keine vasomotorischen oder cutanen trophischen Störungen.

In Bettlage sind die Beine gestreckt, adducirt, die Füsse in leichter Varoequinusstellung.

Bei Gehversuchen tritt sofort Versteifung ein, totale Gehunfähigkeit und Niederfallen mit einknickenden Gelenken.

Die tiefen Reflexe sind hochgesteigert, beiderseits Andeutung von Fussclonus.

Bei genauerer Prüfung ergiebt sich bloss in den Adductores cruris und in den Plantarflexoren ein gewisser Grad von Versteifung, die aber nicht jederzeit nachweisbar ist und im Schlafe vollkommen fehlt. Bei auf die Füsse gerichteter Aufmerksamkeit des Pat. macht sich die Versteifung sofort bemerklich. Stellt man ihn auf die Füsse, so wird sie allgemein, schwindet aber sofort, wenn Pat. ohne Stütze gelassen wird, wobei er sogleich zu Boden sinkt. Jedenfalls ist diese Versteifung psychisch stark beeinflusst. Weder durch Kneten der Muskeln, noch durch Hautreize oder Druck auf die Nervenstämme, bei verbundenen Augen, lässt sich Contractur erzielen.

Es besteht keine Diathèse de contracture. Eine durch faradischen Reiz hervorgerufene Contraction schwindet sofort nach Aufhören des Reizes.

Bei verbundenen Augen und bei plötzlicher passiver Bewegung in einer beliebigen Muskelgruppe zeigt sich kein Widerstand. Im anderen Falle, sobald der Pat. darauf vorbereitet ist, tritt Versteifung ein und bedeutender passiver Widerstand.

Ab und zu gelingen dem Pat. unbewusst Bewegungen in seinen UE., auch gewinnt man den Eindruck, dass nirgends eine eigentliche Lähmung besteht, aber die willkürliche Leistung einer Bewegung in den UE. stösst auf die grössten Schwierigkeiten und liefert nur minimale

locomotorische Effecte. Jene lassen sich zurückführen auf sofortige Versteifung der betr. Muskeln bei Intentionen, wesentlich aber auf eine enorme Innervationsungeschicklichkeit, gleich als sei Pat. aller Bewegungsanschauungen verlustig. Dabei irradiirt der Intentionsreiz auf ganz entlegene, gar nicht zur Action gehörige Muskelgruppen, während er in den eigentlichen Gebieten nur minimal oder gar nicht zur Geltung gelangt.

Verlangt man, dass Pat. die grosse Zehe eines Fusses dorsal flectire, so gelingt ihm dies nicht; dafür treten Abductions- und Flexionsbewegungen im betr. Fussgelenk ein, gelegentlich sogar solche im Knie- und Hüftgelenk.

Beim Versuch, die grosse Zehe volarwärts zu bewegen, entstehen momentan kräftige Impulse dazu, aber der Effect wird vereitelt durch ganz ungehörige rotatorische Bewegungen im Hüft- und Fussgelenk und Verstreckbewegungen des betr. Fusses. Macht man dem Pat. die betr. Bewegungen vor und übt ihn darauf ein, so geht es momentan ein wenig besser.

Pat. ist auch nicht im Stande, eine Extremität isolirt zu bewegen; immer geht die andere mit.

Die Functionen der Blase sind ganz ungestört.

Beobachtung 7.

Im Juli 1895 consultirte mich ein College, Herr Dr. X., 54 J., wegen einer Gehstörung. Er stammt aus einer Familie, in welcher, bis auf einen Fall von Paranoia beim Bruder des Vaters, keine Neurosen oder Psychosen vorgekommen sind. X. war körperlich kräftig, aber emotiv, erregbar, von mässiger Lebensweise, hat nie an Syphilis gelitten.

In 22jähriger Ehe verschiedene Schicksalsschläge, Gemüthsbewegungen. Lebensgefährliche Erkrankung einer Tochter, bei welcher Pat. gezwungen war, einen schweren operativen Eingriff selbst zu machen. Daneben Familiensorgen, angestrengte Berufsthätigkeit als Arzt und Sanitätsbeamter. Im Anschluss an diese Schädigungen bemerkte X. Ende 1884 Steifheit im r. Sprunggelenk, leichte Ermüdung beim Gehen, tauben, handtellergrossen Fleck auf der Streckseite des r. Oberschenkels und grosse Emotivität.

Im Juli 1885, nach vermehrter Anstrengung, bemerkte Pat., dass seine r. UE. vor Schwäche und Steifheit kaum leistungsfähig war, beim Gehakt nachschleifte und einen Bogen nach auswärts beschrieb. Ein hervorragender Kliniker diagnosticirte Myelitis, fand r. Patellar- und Fussclonus, die l. UE. intact. Besserung unter Hydrotherapie und Galvanisation. Nach neuerlicher Anstrengung Verschlimmerung, zugleich auch Schwäche und Steifheit in l. UE.

Hauptbeschwerden des Pat. in der Folge waren rasche Ermüdung, Schwere und Steifheit der Beine, besonders im rechten, Zucken und Tremor in beiden, namentlich Morgens im Bette und nach Anstrengung im Gehen, dann auch lästige Muskelspannungen mit förmlichem Hervortreten der Muskeln und erheblicher Zunahme der allgemeinen Steifheit, zeitweise Formication an Zehen, Dorsum pedum, Wadenmuskulatur.

Blase und Mastdarm waren ungestört in ihren Functionen. Oft Schwindel, besonders auf der Strasse und bei grellem Licht. Nachts öfters Aufschrecken und Angstgefühle.

Stat. praes. 20. 7. 1895, stattlicher, kräftiger Mann ohne Zeichen von Senium. Vegetativ normal. Keine Störungen von Seiten der Hirnnerven. Function der OE. normal. Nirgends Störungen der Sensibilität. Hier und da flüchtige Parästhesien am r. Unterschenkel. In der Gegend der Tubera ischii beim Sitzen öfter Schmerzen.

Blase und Mastdarm intact.

Pat. geht mühsam, mit kurzen Schritten, spastisch. Die freie Beweglichkeit in allen Gelenken erscheint behindert, besonders aber in Hüft- und Kniegelenk und r. stärker als l. Ab und zu zeigt sich leichter Schütteltremor. Bei passiver Bewegung besteht kein Rigor. Je mehr Pat. geht, um so freier wird sein Gang. Auch nach morgendlichem Halbbad ist dies temporär der Fall. Trotz seiner Gehstörung vermag Pat. seinem ziemlich beschwerlichen Berufe nachzukommen.

Die tiefen Reflexe sind gesteigert, r. Andeutung von Fussclonus. Die grobe Muskelkraft ist unversehrt. Die genaueste Prüfung der Sensibilität vermag keine Störungen nachzuweisen. Sinnesorgane intact. Augenspiegel bietet negativen Befund.

Stigmata hysteriae aut Neurastheniae sind nicht aufzufinden, jedoch ist Pat. emotiv, nervös und berichtet, dass er öfters das Gefühl eines elektrischen Schlags vom Kopf bis ins Rückenmark hinein empfinde.

Meine Diagnose lautete auf functionelles Leiden. Ich stellte Besserung in Aussicht und empfahl den Fortgebrauch von Halbbädern und Galvanotherapie, auf welche Pat. grosse Stücke hielt.

Versucht man, die vorstehenden Fälle zu analysiren und das ihnen gemeinsam Zukommende hervorzuheben, so ergeben sich 2 Symptomenreihen:

1. eine Störung der Innervation in den Unterextremitäten, die sich temporär oder dauernd bis zur theilweisen oder allgemeinen Aufhebung des Willenseinflusses oder wenigstens bis zum Versagen der coordinirten Innervation der zum intendirten Bewegungsakt erforderlichen Muskeln erstreckt.

Diese Erscheinung ist eine rein cortical zu localisirende und psychisch bedingte Functionsstörung. Sie täuscht eine Lähmung vor, deren Möglichkeit aber sofort abgelehnt werden muss, wenn man die freie Beweglichkeit und ansehnliche Muskelkraft bei abgelenkter Aufmerksamkeit, bezw. unbewusster Bewegung bei solchen Kranken wahrnimmt. Derlei Erfahrungen sind aber bei Hysterischen nichts Ungewöhnliches. Es genügt, an die Thatsache zu erinnern, dass bei Solchen das amaurotische Auge bewusst keine Wahrnehmungen vermittelt, unbewusst aber (Sehen durch ein Stereoskop) sich beim (binoculären) Sehakt als betheiligt erweist.

In den obigen Fällen sind zweifelsohne die Bewegungsanschauungen virtuell vorhanden, unbewusst verwerthbar, nicht aber bewusst. Dies deutet auf hemmende Einflüsse, die ihre Verwerthung im bewussten Geistesleben stören. Als solche sind nur psychische Factoren in Gestalt von irgendwie autosuggestiv entstandenen hemmenden Vorstellungen denkbar. Interessant ist dabei, dass eventuell ungewohnte Leistungen, wie z. B. Rückwärtsgehen (Beob. 2) auffallend gut erfolgen können.

In allen obigen Fällen, wo eine psychologische Analyse möglich war, stiess man auf hemmende Vorstellungen. In Beob. 1 macht sich dieser Einfluss nur temporär geltend, wenn Pat. durch Ermüdungsgefühle (complicirende Neurasthenie) an das Schreckbild einer Myelitis erinnert wird. In Beob. 2 besteht er Anfangs nur temporär unter der durch Abusus vini bedingten Innervationsstörung der UE., oder indem sich Pat. von einem Vorgesetzten beobachtet weiss.

Er wird endlich dauernd durch ärztliche Suggestion drohenden Siechthums. In Beob. 4 üben einen solchen Hemmungseinfluss Angst vor Siechthum und zu stürzen, in 5 ein vermeintlich schweres (organisches) Leiden, in 7 Angst vor Myelitis.

Von wirklichem Ausfall der groben Muskelkraft kann in keinem der obigen 7 Fälle die Rede sein, höchstens von rascher Ermüdung ex neurasthenia (Beob. 1) oder hysterischer Amyosthenie (Beob. 3), die geeignet sind, die obigen Hemmungsvorstellungen zu stützen.

2. Zu solcher Pseudoparese, recte Willenslähmung gesellen sich spastische Erscheinungen. Auch dieser Rigor ist ein Pseudospasmus, rein psychisch bedingt, im Schlaf und bei abgelenkter Aufmerksamkeit verschwindend, dagegen im Zustand des Wachens und der Aufmerksamkeit jederzeit vorhanden, durch Intention, passive Bewegung, Kältereiz jeweils einer bedeutenden Steigerung fähig.

Weist schon das Fehlen aller sonstigen Bedingungen für das Zustandekommen einer Contractur (Fehlen von Diathèse de contracture,

von Reflexreizen von den Gelenken und peripheren Nerven aus, von Zeichen einer organischen Erkrankung im Bereich der corticomusculären Bahn) auf eine psychische Auslösung dieser Spasmuserscheinungen hin, so ist die grosse Wandelbarkeit dieses Pseudospasmus in In- und Extensität geradezu bezeichnend.

Es handelt sich hier aber gar nicht um Contractur, sondern um eine abnorm intensive, der willkürlichen gleichzusetzende, aber unbewusst erfolgende übermässige Contraction von Muskeln.

Die Erklärung für diese so wandelbaren und vorzugsweise die Extensoren befallenden Muskelcontractionen kann nur darin gesucht und gefunden werden, dass der von der Vorstellung der Insufficienz seiner Unterextremitäten und der Gefahr, umzufallen, präoccupirte Kranke unbewusst und unwillkürlich seine virtuell unversehrte Muskelkraft ungebührlich stark im gegentheiligen Sinne verwerthet, wobei es ihm bei der Ungeschicklichkeit seiner Innervation gelegentlich passirt, dass auch antagonistische oder zur Wahrung der aufrechten Stellung irrelevante Muskelgruppen diesen übermässigen Innervationseinfluss erfahren.

3. Von den übrigen Symptomen ist das ausnahmslose Vorhandensein einer Steigerung der tiefen Reflexe hervorzuheben, ein Verhalten, das sich auch bei allen anderweitigen psychischen „Lähmungen" vorfindet und offenbar überall da zu gewärtigen ist, wo in der corticomusculären Bahn der Einfluss von Hemmungsnerven herabgesetzt wird. In Beob. 1 schwankt die Intensität der Steigerung der tiefen Reflexe auf und ab mit dem Minder oder Mehr psychocorticaler Innervation.

Störungen der Sensibilität kommen offenbar diesem Krankheitsbild an und für sich nicht zu. Wo solche vorkommen, handelt es sich um Complicationen im Sinne einer traumatischen Neurose (Beob. 3).

Der Tremor, der in Fürstners Fällen so markant hervortritt, scheint nur bei traumatischer Entstehungsweise eine Rolle zu spielen, so auch in meiner Beob. 3. In Beob. 4 erscheint er nur flüchtig und dürfte da als Ermüdungstremor anzusprechen sein.

Auch Störungen der Blase kommen der Pseudoparesis spastica an und für sich nicht zu. Die leichte Dysurie in Beob. 3 erklärt sich wohl aus Störung der Bauchpresse, in Folge unwillkürlicher Contraction der betr. Muskeln.

Durch die positiven Momente der Steigerung tiefer Reflexe und die negativen der intacten Sensibilität und Blasenfunction nähert sich das Bild vielfach dem der spastischen Spinalparalyse. Diese Täuschung wird dadurch vermehrt, dass diese Pseudoparesis spastica eine monosymptomatische Manifestation der Hysterie zu sein pflegt.

Die Schwere des Leidens wird durch das Stationärbleiben des Falles 1 durch über 10 Jahre, sowie durch den geringen Erfolg der Behandlung in 4, 5, 6, 7 dargethan.

Die Therapie kann nur eine psychisch suggestive sein, unter Benützung des suggestiven Einflusses der Elektricität, Anleitung des Kranken zum neuerlichen Erlernen des Gehens (Beob. 6) und Bekämpfung seiner Autosuggestionen.

Paraplegia hysterica.

1. Fälle von schlaffer Lähmung.

Beob. 1.

B., 37 J., verheirathet, Kürschner, mos., aufgenommen 23. 12. 94, ist angeblich erblich nicht belastet, entwickelte sich normal, machte mit 6 J. Typhus ohne Folgeerscheinungen durch. Er war starker Raucher, kein Trinker, heirathete 1889, acquirirte Anfang 1890 Ulcus durum mit folgendem Exanthem, gebrauchte eine Schmierkur, bot in der Folge keine Spuren von Syphilis, zeugte 1892 und 1893 gesunde Kinder, fühlte sich vollkommen gesund, als er am 18. 7. 94 eine Reise auf der Donau antrat, hatte aber kurz vorher Gemüthsbewegungen gehabt und ging einer ungewissen Zukunft entgegen.

Pat. ging Abends 8 Uhr aufs Schiffsdeck, promenirte, wobei er einen stechenden Schmerz im Kreuz verspürte. Er setzte sich nieder, schlief circa 2 Stunden, ohne zu träumen, wollte, erwacht, aufstehen und bemerkte zu seinem Entsetzen, dass seine Füsse total gelähmt und gefühllos waren. Man trug ihn auf ein Bett. Am folgenden Morgen wurde er ausgeschifft und in ein Spital gebracht. Es zeigte sich Lähmung des Detrusor vesicae, sodass der Katheter nothwendig war. Er bot schlaffe Lähmung der UE., Anästhesie bis zum Nabel herauf, scharf in einer horizontalen Linie abschneidend. Am 19. erkrankte Pat. an „Influenza“, fieberte stark, war nach 14 Tagen von dieser Krankheit wieder frei. Die Paraplegie blieb unverändert bis zum September 1894. Von da ab unter elektrischer Behandlung Besserung, sodass Pat. im October nothdürftig wieder gehen konnte.

Bei der Aufnahme im December 1894 kräftig, ziemlich gut genährt, ohne Störung in den vegetativen Organen. Indolente Drüsen in inguine et ad nucham. Narbe am Penis. Hirnnerven intact bis auf r. herabgesetzten Gaumen- und fehlenden Rachenreflex. Cranium rachiticum, Cf. 53 cm, Klagen über anfallsweisen Kopfschmerz. OE. ohne Befund. Wirbelsäule normal, bis auf leichte Scoliose nach r. im Brustsegment. Vom 2. Lendenwirbeldornfortsatz abwärts bis zum Steissbein, enorme Druckempfindlichkeit. Im ganzen r. Hypogastrium bis zur Nabelhorizontalen aufwärts ist tiefer Druck sehr empfindlich.

Die UE. werden im Bett in normaler Stellung gehalten. Alle activen Bewegungen derselben sind gut ausführbar, die grobe Muskelkraft erweist sich bei Widerstandsbewegungen nahezu normal. Die tiefen Reflexe sind wesentlich gesteigert. Beklopfen der Patellarsehnen ruft, ausser der Quadricepscontraction, häufig complicirte Bewegungen des ganzen Beines hervor. Der Gang des Pat. bietet ein sehr wechselndes Bild. Während er bei der Ankunft mit zwei Stöcken schlürfend und mühsam sich fortbewegte und bei Wegnahme der Stützen umfiel, geht er am folgenden Tage frei, aber nach Art eines Hemiplegischen, das l. Bein am Boden schleifend und im Bogen nach vorne führend, an anderen Tagen wieder mit der l. UE. schleudernd atactisch. Diese Ataxie zeigt sich l. auch in liegender Position beim Kniefersenversuch, um bei entsprechender Suggestion und Einübung temporär völlig zu schwinden. Der Gesammteindruck dieser zwischen Dysbasie, spastischer Parese und Ataxie schwankenden Gehstörung ist der einer rein psychisch bedingten. Pat. hat häufigen Harndrang, Detrusor- und Sphincterschwäche (relative Incontinentia urinae) und behauptet gar keine Libido sexualis seit seiner Erkrankung zu empfinden.

Ebenso paradox, wie die motorischen Störungen, sind die der Sensibilität. Bis zur Umbilicallinie herab ist sie normal. Von da ab bis zu den Zehen abwärts, gleichwie an den OE., ist die Tastempfindung und die tiefe Sensibilität normal, die Schmerzempfindung aber gestört. Von der Nabellinie bis zum Poupartischen Band besteht höchst wandelbare Hypalgesie. Analgesie besteht vom Poupartischen Band beiderseits, hinten vom Darmbein abwärts bis zu den Zehen, wobei aber hinten das Kreuzbein und vorn die Genitalgegend segmentförmig algetisch bleiben. Auf dem Dorsum penis findet sich eine thalergrosse, runde hyperalgetische Zone. Im analgetischen Gebiet durchstochene Hautfalten bluten nicht. Der Plantarreflex ist sehr schwach. Unter Suggestivbehandlung und Elektrotherapie schwinden alle sensiblen Störungen. Die motorischen reduciren sich bis zum Tag der Entlassung auf Amyosthenie der l. UE.

Die Diagnose hatte zu berücksichtigen, dass die Paraplegie plötzlich im Schlafe, ohne psychisches oder mechanisches Trauma, bei einer prämorbid nicht nervenkranken, ohne hysterische Stigmata erscheinenden, wohl aber luetisch gewesenen Persönlichkeit entstanden war, sodass die Möglichkeit einer Hämatomyelie oder auch die einer luetischen, spinalen Erkrankung nicht a limine abzuweisen war. Auch der Umstand, dass im Incubationsstadium einer fieberhaften, wohl infectiösen Krankheit die Paraplegie erfolgt war, musste bezüglich der Möglichkeit einer organischen Begründung dieser in Betracht gezogen werden. Der Stat. praesens,

speciell die eigenthümliche, nur bei Hysterie vorkommende Art und Ausbreitung der Sensibilitätsstörung, nicht minder die rein psychisch vermittelten Störungen der Motilität sprachen zu Gunsten einer functionellen Bedeutung der Krankheitserscheinungen in diesem interessanten Fall, welcher Annahme auch der Verlauf und der Ausgang desselben entsprachen.

Beob. 2.

Frau Z., Gattin eines Arztes, 57 J. alt, seit 24 J. verheirathet, Mutter von 4 Kindern, aus neuropathischer Familie, von jeher aufgeregt, reizbar, emotiv, nervös, neurasthenisch, an Phobien leidend, mit Migräne bis zum im 50. Jahr absolvirten Klimacterium behaftet, nie schwer krank, in den letzten Jahren vielen Aufregungen unterworfen gewesen, erkrankte ohne palpablen Anlass am 12. 5. 93 unter schiessenden, reissenden Schmerzen vom Kreuz bis zu den Zehen, zunächst in l. UE., bald auch in r. UE. Die Schmerzen wurden vorwiegend im Gebiet der Nn. ischiadici, peronei und tibiales empfunden. Sie bestanden continuirlich, waren sehr heftig, raubten den Schlaf. Wenn sie etwas nachliessen, klagte Pat. über Parästhesien in den UE. Schon nach wenigen Tagen gesellte sich eine höchst lästige, cutane Hyperästhesie hinzu, die bis zum Beckengürtel sich herauf erstreckte. Seit Ende Mai hatte sich zunehmende Paraparese entwickelt, seit Anfang Juni Harnverhaltung und hartnäckige Obstipation. Pat. klagte Uebelkeit, wenn man sie im Bett aufrichtete. Die Temperatur schwankte zwischen 37 und 37,5. Am 11. 6. zum Consilium gerufen, fand ich Pat., eine grosse, stattliche Frau, sehr aufgeregt. Sie erklärte sich schwer rückenmarkskrank, sie schaue faul aus, ihre Füsse seien ganz blau, sie könne so nicht weiter leben, müsse sich umbringen.

Die Inspection der UE. bot nichts Abnormes. Mit Ausnahme der Zehengelenke und des Fussgelenkes der l. UE. waren alle Articulationen frei beweglich und nirgends druckschmerzhaft. Sehr schmerzhaft auf Druck waren beide Nn. crurales, ferner sämmtliche Muskelgruppen, ausgenommen die Muskulatur der r. Wade.

Der Muskeltonus war nicht gesunken, die grobe Muskelkraft war allenthalben erhalten, jedoch vermied Pat. aus Schmerz Bewegungen vorzunehmen. Die wiederholt und mit allen Cautelen geprüften Patellarreflexe waren nicht hervorzurufen. Dieses an Meningitis spinalis und theilweise an Polyneuritis erinnernde Krankheitsbild erschien aber eigenthümlich durch die sehr wandelbaren Befunde der Sensibilität. Pat. klagte, neben Schmerzen, über massenhafte Paralgien und subjective Gefühle, z. B. in der Beckengegend, wie wenn Nägel eingeschlagen seien. Ihre Klagen waren ganz ungeheuerlich. Trotz heftiger cutaner

Hyperästhesie war derbes Anfassen der UE. vielfach schmerzlos. Gelang es, die Aufmerksamkeit abzulenken, so waren Stellen, die kurz vorher selbst bei leiser Berührung sehr schmerzhaft reagirten, temporär schmerzlos.

Die Berührung mit Faden wurde im Bereich der UE. überall percipirt, für Nadelstiche bestand Hyperalgesie. Kältereiz wurde allenthalben empfunden, warm als kalt percipirt. Die tiefe Sensibilität war ungeschädigt. Der Plantarreflex vollzog sich prompt.

Die Wirbelsäule war nirgends empfindlich und frei beweglich. Die Symphysis sacroiliaca war beiderseits höchst druckschmerzhaft. Vasomotorische und trophische Störungen bestanden nicht. Die elektrische Reaction war allenthalben normal. Von Seiten der OE. und der Hirnnerven war keine Functionsstörung zu ermitteln. Die Diagnose wurde auf eine functionelle Erkrankung gestellt. Es gelang, Pat. einigermaassen über ihre Zukunft zu beruhigen und sie zum Eintritt in ein Sanatorium zu bestimmen.

Anfang Juli trat Pat. in meine Behandlung ein. Unter Anwendung von Codeinsuppositorien hatten die Schmerzen etwas nachgelassen und waren die Nächte besser geworden. Sonst differirte der Befund gegen den erstmaligen nur insofern, als Pat. entschieden paraparetisch war, auch im Bett ihre Beine nur mühsam und unvollkommen bewegte. Sie stand noch immer unter dem Gedanken, gelähmt zu sein, aber es war schwer zu sagen, ob es sich um eine psychische Lähmung durch Autosuggestion, anknüpfend an die initialen Schmerzen, oder um eine Art Akinesia algera handle. Die Harnverhaltung liess sich bestimmt auf Sphincterkrampf zurückführen, da der Katheter schwer eindrang und beim Ausziehen festgehalten war.

Pat. fasste Vertrauen zur Behandlung, der Hausarzt war sympathisch und aufopfernd, der Aufenthaltsort angenehm. Die Schmerzen wurden milder, die Hyperästhesien schwanden, bis auf die hartnäckig druckempfindlichen Nn. crurales. Die Behandlung bestand in Wachsuggestion, Massage (Effleurage), dipolaren faradoelektrischen Bädern, die sehr wohlthätig empfunden wurden. Vorübergehend lästiger Cystospasmus. Ende Juli kehrte die volle Muskelkraft und Beweglichkeit in allen Gelenken wieder, sodass Pat. wieder zu stehen und zu gehen vermochte. Vom 3. 8. ab konnte der Harn wieder spontan entleert werden. Nun zeigten sich spurweise wieder die Patellarreflexe, zugleich mit abnehmender Empfindlichkeit der Nn. crurales. Als Pat. genesen Ende August entlassen wurde, waren die Patellarreflexe immer noch schwer hervorzurufen.

In der Epikrise wurde angenommen, dass eine ursprüngliche leichte Polyneuritis, wesentlich der sensiblen Nerven, der Agent provocateur für eine hysterische Neurose geworden war, die zu einer psychischen (auto-

suggestiven) Parese der UE. geführt hatte. Der temporäre Verlust der Patellarreflexe dürfte wohl mit einer Neuritis cruralis in Zusammenhang gebracht werden. Weder anamnestisch noch im Verlauf der Beobachtung waren Stigmata hysteriae zu ermitteln gewesen. Die Genesung hat sich erhalten.

Beob. 3.

Frl. N., 24 J., Vater mit Asthma behaftet, Schwester hysterisch. Pat. als Kind gesund, bis auf Variola, begabt, normale Entwicklung, Menses ohne Beschwerden mit 15 J. Im Anschluss Chlorose. Mit 18 J. heftige Contusion der Gesässgegend. Seither Schmerzen daselbst bei längerem Gehen. Zunehmend rasche Ermüdung, in den letzten Jahren oft Einknicken beim Gehen, bald mit r., bald l. Fuss. Zunehmende Functionsschwäche der UE., wahrscheinlich unter der Autosuggestion beginnenden Rückenmarksleidens. Anfang Februar 1897 wechselnde Incontinentia vesicae und Dysuria, dann Unempfindlichkeit der UE. bis zur Beckenhöhe (Pat. will vom Stuhl herabgerutscht sein, ohne es zu bemerken).

Stat. 22. 3. 97. Pat. kräftig, intelligent, gut genährt, ohne Zeichen von Chlorose, ohne Stigmata hysteriae. Hirnnerven, OE., Stamm ohne Befund. An Stelle des früheren Trauma (Os sacrum) handgrosse hyperästhetische Stelle. Haut und tiefe Gebilde auf Druck daselbst sehr empfindlich. UE. normale Haltung, grosse Amyosthenie, Hebung nur bis 30° möglich, auch sonst Bewegungen nicht bis zum physiologischen Ausmaass gelingend. Sehr geringe, active Innervation, bei passiver Bewegung auffälliger (unbewusster) Widerstand, der Rigor vortäuscht. Gang nur mit Unterstützung, sehr wandelbar, zeitweise, besonders l. Steppergang. Bei geschlossenen Augen starkes Schwanken, das aber auf Zuspruch schwindet. Cutane Sensibilität intact, tiefe nur in den Zehengelenken fehlend. Tiefe Reflexe sehr gesteigert, beiderseits Fussklonus. Bauchreflex nicht hervorzurufen, ebensowenig Plantarreflex. Unter Faradisation rasche, bedeutende Besserung. Bei der Entlassung am 29. 3. nur noch geringe Amyosthenie, ausdauerndes, freies Gehen. Tiefe Sensibilität in den Zehen wiedergekehrt.

Beob. 4.

L., 47 J., Verkäuferin, angeblich unbelastet, von jeher nervös, früher nie erheblich krank, war Zeugin im Winter 1888/89, als Jemand unter die Räder eines Wagens gerieth und diese ihm über die Füsse gingen. Sofort fuhr ihr der Schreck in die Beine. Sie befand sich gerade auf einem Wagen, und als sie nach einer halben Stunde am Ziel war, bemerkte sie, dass ihr r. Bein steif, gefühllos war und ihrem Willen nicht gehorchte. Man musste sie vom Wagen herunterheben. Nach einer Stunde schwand

die Steifigkeit. Pat. konnte auch etwas ihr r. Bein wieder bewegen, aber es blieb schwach, versteifte sich bei geringster Emotion und war nicht mehr recht gebrauchsfähig. Seit jenem Shok war die im Klimacterium befindliche Pat. sehr emotiv geworden, war von häufigem Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und Verstimmung gequält.

Daneben bot sie die gewöhnlichen Beschwerden des Klimacterium (Fluxionen, Schwindelgefühl u. s. w.), aber nie ausgesprochene hysterische Erscheinungen.

Anfang 1890, nach einer Emotion, stellte sich eine Lähmung beider UE. ein. Pat. will 3 Monate ohne Einfluss auf ihre Beine gewesen sein und die geringste psychische Erregung, z. B. durch ein Klopfen an der Thüre, habe genügt, temporär die Beine zu versteifen. Blasenbeschwerden hatte sie nicht. Nach 3 Monaten sei plötzlich die Bewegung in den l. UE. wiedergekehrt, jedoch sei das l. Bein immer schwach geblieben.

Am 3. 6. 92 begab sich Pat. eines Heilversuches wegen ins Spital. Pat. kräftig, ohne Zeichen von Senium, bietet l. Ovarie, mit auf Druck eintretenden ascendirenden Sensationen bis zum Halse herauf, wo sie dann Globus empfindet. Puncta dolorosa unterhalb der l. Mamma. Pat. vermag nur mit zwei Begleitern zu stehen und zu gehen. Es besteht grosse Muskelschwäche, rechts mehr als links. Alle Bewegungen sind fast bis zum physiologischen Ausmaass möglich, bis auf solche im r. Fussgelenk und den Zehen am r. Fuss, die ganz unbeweglich sind. Bei passiver Bewegung zeigt sich leichter Widerstand in den Streckern beider Kniee. Der Muskeltonus ist sehr herabgesetzt. Patellarreflex r. und l. sehr gesteigert. Fussklonus besteht nicht. Die cutane Sensibilität ist intact, die tiefe, ausgenommen an den Zehen des r. Fusses, ebenfalls. Plantarreflex nicht auszulösen. Klagen über zeitweise Parästhesien in beiden UE. Pat. behauptet das r. Kniegelenk nicht bewegen zu können, erweist sich aber recht suggestibel und beugt und streckt es auf bezügliche Suggestion. Faradisation und Wachsuggestion stellen bei ambulatorischer Behandlung Bewegung und Gefühl in Zehen und Fussgelenk r. wieder her. Die Dysbasie bessert sich bedeutend.

Beob. 5.

T., 28 J., ledig, Näherin, aus schwächlicher, neuropathischer Familie, mit Spuren von Rachitis an Schädel und Skelet, von jeher kränklich, neuropathisch, erkrankte, nach relativen Ueberanstrengungen und angeblicher Erkältung, um Weihnachten 1894 an Schmerzen in den Beinen, die beim Gehen sich so steigerten, dass Pat. auf Gehversuche verzichtete und sich ins Bett legte. Sie lag nun herum, las und dachte viel nach über ihr Leiden, hielt sich für rückenmarkskrank, da die Schmerzen und

Schwäche auch im Bett fortdauerten, wurde verstimmt, empfand Heimweh und liess sich endlich ins Spital aufnehmen.

Stat. 27. 4. 93. Pat. gross, schwächlich, mager, anämisch, vegetativ ohne Befund. Massenhaft Druckschmerzpunkte an Wirbelsäule, Thorax, Sternum. Pat. ganz von ihrer Krankheit präoccupirt, ohne rechtes Vertrauen in die Kunst der Aerzte, klagsam, emotiv, leicht verletzlich, Motilität von Seiten der Hirnnerven und OE. keine Störungen. An den UE. ist sie paraplegisch bis auf erhaltene Zehenbewegung. Der Muskeltonus ist sehr herabgesetzt. Passive Bewegungen sind vollkommen frei. In den grossen Gelenken der UE. werden sie als schmerzhaft angegeben. Die Patellarreflexe sind gesteigert, der Fussreflex ist es nicht und gerade hervorzurufen. Die Beine sind kühl, feucht durch profuse Schweisssecretion, nicht cyanotisch. Nirgends besteht Atrophie. Die cutane Sensibilität ist unversehrt. Ausfall der tiefen Sensibilität findet sich nur in den Zehen der l. UE. Der Plantarreflex ist nur sehr schwach auslösbar. Pat. verlässt das ihr unsympathische Spital schon nach wenig Tagen, weil sie nur in der Waldluft ihrer Heimath genesen könne.

Beob. 6.

H., 32 J., Büglerin, stammt angeblich von gesunden Eltern, hat eine neuropathische Schwester, war selbst, bis auf leichte Kinderkrankheiten, bis zum 24. Jahr immer gesund. Damals erkrankte sie an Puerperalfieber. Mit 27 J. angeblich Peritonitis und Neuritis nach Abortus. In den letzten Jahren viel Anstrengungen, Gemüthsbewegungen (Tod eines Kindes u. s. w.). Mit 31 J. begann ihre gegenwärtige Krankheit, im Anschluss an eine Gemüthsbewegung. Sie bekam Schwindelanfälle mit Uebelkeit, Palpitationen, Globus, Schmerz am Sternum irradiirend in l. Brusthälfte und Epigastrium, Formicationsgefühle in l. OE. und UE., wurde sehr emotiv, schlief schlecht, hatte wiederholt Anfälle von tonischer Starre in beiden OE., die aber vom Arzt jeweils leicht gelöst wurde, und liess sich, da Nacken-, Rückenschmerz und allgemeine zunehmende Schwäche sie arbeitsunfähig machten, Anfang November 1891 im Spital aufnehmen.

Pat. schlecht genährt, blutarm, vegetative Functionen ungestört. Hitzegefühl und Hyperidrosis am ganzen Körper. Leidende Miene. Bewusstsein schwerer Krankheit. L. Hemianaesthesia inclus. Sinnesorgane, concentr. Sehfeldeinschränkung für Licht und Farben, l. bedeutender als r. Innerhalb der Hemianästhesie eine hyperästhetische Zone in der Ausdehnung des l. Deltoides, eine zweite submammär. Diese ist spasmogen. Mit Einsetzen von Schmerzen daselbst entstehen Lethargusanfälle. L. Ovarie. Pat. ist hypnotisabel, aber nicht suggestibel, weshalb hypnotische Behandlung unterlassen wird. Elektrische Pinselung

hat auf die Hemianästhesie keinen bessernden Einfluss. Motorisch bietet Pat. allgemeine Amyosthenie und gesteigerte tiefe Reflexe. Anlässlich Erkrankung eines Kindes drei Lethargusanfälle. Seither Meteorismus, Globus, Gefühl, dass die Beine immer schwächer werden, Spinalirritation. Unter der Autosuggestion beginnender Rückenmarkserkrankung, rasch zunehmende schlaffe Paraparese. Pat. bleibt zu Bett, behauptet, ihre Beine nicht bewegen zu können und bedient sich der Hände, um sie umzulegen. Suggestiver Einfluss vermag gegen diese Paraplegie durch Vorstellung nur wenig. Bedeutendes Absinken des Muskeltonus, enorme Steigerung der tiefen Reflexe, l. Fussklonus.

Die Störungen der Sensibilität sind gleichzeitig im Januar 1892 folgende:

Von den Zehen bis handbreit über den Knieen, ringförmig abschliessend, findet sich eine Zone fehlender cutaner und tiefer Sensibilität, wobei aber im 2. Zehen jederseits die letztere erhalten ist.

Von der erwähnten Zone bis zur oberen Beckenapertur findet sich eine zweite, in welcher bloss die Tastempfindung fehlt. Von der Beckenapertur aufwärts bis zur Höhe der Brustwarze fehlt r. bloss die tactile Empfindung, von da bis zum Scheitel die tactile und die Schmerzempfindung.

Auf der l. Körperhälfte, ausgenommen Hals und Gesicht, wo alle Empfindungsqualitäten fehlen, besteht cutane Hyperästhesie, bei Verlust der tiefen Sensibilität.

Diese Sensibilitätsstörungen schwanken in der folgenden mehrwöchentlichen Beobachtungszeit sehr. Unter Elektrisation und Wachsuggestionen stellt sich die Gehfähigkeit allmälig wieder her. Pat. erklärt sich für genügend hergestellt, um ihren häuslichen Pflichten wieder nachkommen zu können und verlässt das Spital.

2. Fälle von spastischer Lähmung.

Beob. 7. Frau Z., 27 J., Grosskaufmannsgattin, wurde mir am 27. 9. 91 anlässlich einer Consultation vorgestellt. Aus neuropathischer Familie, von jeher nervösen, lebhaften Temperamentes, seit 8 J. verheiratet, Mutter eines 7jährigen, gesunden Kindes, früher nie erheblich krank gewesen, hat sich die Dame im letzten Jahr sehr darüber gekränkt, dass sie, der Berufsverhältnisse ihres Mannes halber, die Weltstadt, in welcher sie früher gelebt hatte, meiden musste. Sie wurde verstimmt, bekam Weinkrämpfe, Globus, ass, schlief schlecht, magerte ab, ermüdete rasch, ging nach Franzensbad, langweilte sich dort, übermüdete sich mit Spazierengehen, empfand Schwere-, Schmerz- und

Schwächegefühl zuerst in der r., dann auch der l. UE., knickte oft ein mit dem Fusse, stolperte. Schmerzen und Schwäche nahmen immer mehr zu. Pat. machte sich mit dem Gedanken vertraut, von einer Rückenmarkslähmung heimgesucht zu sein.

Im Laufe des Juli kamen rheumatoide Schmerzen in den OE., fast gleichzeitig Erscheinungen von Spinalirritation.

Anfang August wurde die r. OE. schwach und fing an abzumagern. Die UE. wurden ganz gelähmt und boten episodisch Streckcontractur.

Die hervorragendsten Aerzte wurden zu Rathe gezogen. Zwei stellten die Diagnose auf hysterische Lähmung, ein anderer liess die Frage offen, ob es sich um Myelitis oder Polyneuritis handle, ein vierter sprach gar von der Möglichkeit einer Pachymeningitis cervicalis. Pat. bekam Jodkali und wurde an der Wirbelsäule galvanisirt. Später versuchte man Magnetotherapie, Hydrotherapie, als dies nichts half, Hypnose, jedoch war Pat. nicht in Schlaf zu bringen.

Stat. praes. 27. 9. 91: Zarte, etwas magere, sehr intelligente Frau. Keine Stigmata hysteriae. Cerebralnerven ohne Befund, Augenspiegel ergiebt normalen Augenhintergrund. Die r. OE. ist um 1,5—2 cm gegen die linke im Volumen reducirt. Besonders auffällig ist die Muskelatrophie in den Muskeln des Daumenballens und in den Interossei. Die r. Vola manus etwas abgeplattet. Die Kraft der Interossei ist sehr, in allen übrigen Muskelgebieten etwas herabgesetzt, jedoch sind alle Einzelbewegungen erhalten. Der Druck der Hand r. kraftlos, l. normal. In der Muskulatur der r. OE. finden sich da und dort fibrilläre Zuckungen. Die elektrische Untersuchung ergiebt normale Reactionen. Die tiefen Reflexe sind vorhanden.

Cutane trophische oder vasomotorische Störungen bestehen nicht. Die Sensibilität im Bereich der r. OE. normal. Nirgends Druckschmerzhaftigkeit der NN. oder MM. Die l. OE. ist in allen ihren Functionen normal, Pat. kann sich ohne Unterstützung im Bett nicht aufrichten. Die Wirbelsäule ist anatomisch unverändert. Interscapular und dorsal besteht Druckempfindlichkeit einiger Wirbeldornfortsätze.

An den UE. findet sich das Bild völliger Paraplegie. Die Lähmung ist eine schlaffe, der Muskeltonus ist gesunken. Das Volumen der Muskeln ist allgemein etwas reducirt, aber beiderseits in gleichem Maasse, und offenbar handelt es sich um blosse Inactivitätsatrophie. Die elektrische Erregbarkeit ist normal, die elektromuskuläre Sensibilität herabgesetzt, aber erhalten. Beiderseits Patellarreflex sehr gesteigert und Fussklonus. Plantarreflex fehlt. Die cutane Sensibilität ist für alle Qualitäten bis zur Beckenapertur herauf bedeutend reducirt, im Bereich der Genitalien und des Perineum jedoch erhalten. Die tiefe Sensibilität

fehlt in den UE. Pat. wird sich der Lage ihrer Beine und passiver Bewegungen derselben nicht bewusst. Plantarreflex erhalten. Die Functionen von Blase und Rectum ungestört.

Meine Diagnose lautete: (Hysterische) functionelle Paraplegie der Unterextremitäten, möglicherweise Residuen von Neuritis in r. OE.

13. 10. 91. In r. OE. keine Aenderung. Häufig paralgisches Brennen am condyl. ext. des Ellbogengelenks.

In UE. Klagen über Versteifung und minutenlange Contractionen in den Streckern des Kniegelenks und den Volarflexoren des Fussgelenks. R. Andeutung von Varoequinus. Cutane Anästhesie r. bis zur Höhe des Umbilicus, l. bis zur Beckenapertur, aber inselförmiges Erhaltensein der Sensibilität im Bereich der Genitalien und des Dammes. Eine Zone cutaner Hypästhesie reicht r. bis zur Mammarlinie herauf, l. bis 3 Querfinger unterhalb. Diese Grenzen sind nach oben sehr schwankende. Massage, faradische Pinselung, Faradisation der Muskeln im Lähmungsgebiet.

Im Verlaufe des Winters 1891/92 bot Pat. ein recht wechselvolles Krankheitsbild.

Die Beweglichkeit des Rumpfes stellte sich im December 1891 wieder ein, sodass Pat. frei sich aufsetzen konnte, die Paraplegie der UE. bestand trotz aller Heilbestrebungen fort. Es entwickelten sich fast permanente Streckcontracturen allenthalben, so dass die musculäre Faradisation eingestellt werden musste. Vorübergehend bestand deutliche Diathèse de contracture. Pat. war von massenhaften paralgischen Sensationen (qualvolles Brennen u. s. w.) in den UE. (besonders r.) und am Abdomen, von heftigen neuralgischen Beschwerden an Nacken, in r. Schulter, ausstrahlend bis in die Fingerspitzen, gequält. Die Schmerzen in der r. OE. wurden als identisch den ursprünglichen, mit Muskelatrophie verbundenen, bezeichnet.

Die Neuralgien und Paralgien waren jeweils von Contracturen begleitet und schienen diese hervorzurufen.

Die Atrophie in der r. OE. schwand bis zum December 1891 vollständig, sodass Pat. die feinsten Leistungen (Schreiben, Handarbeiten) wieder verrichten konnte.

Die Sensibilitätsverhältnisse waren sehr wechselnde. Auf der r. Seite entwickelte sich die Anästhesie bis zum Januar 1892 bis zur Höhe der 2. Rippe, links änderte sich nichts bis zum Februar. Von da ab bestand durch 2 Wochen l. an Brust und Abdomen Hyperalgesie. Sie leitete eine nahezu vollständige Wiederherstellung der cutanen Sensibilität l. ein. Eines Tages erschien Transfert der Sensibilität von l. nach r. Dazu entwickelte sich l. Hyperalgesie. Diese Aenderung der

Sensibilität erhielt sich. Trophische und vasomotorische Störungen bestanden nicht im Lähmungsgebiet. Die tiefen Reflexe blieben andauernd hochgradig gesteigert. Die Blasenfunction war sehr gestört. Sphincterkrampf und Parese wechselten ganz regellos, die Krampferscheinungen überwogen. Vorübergehend kam es zu Anaesthesia vaginae, vesicae, recti. Gelegentlich wurden Globus und Weinkrampf beobachtet.

Der Augenspiegel bot negativen Befund. Das Gesichtsfeld war für Weiss nie eingeschränkt, vorübergehend für Farben (roth, gelb, blau).

Die Behandlung bestand in elektrischen Bädern, faradischer Pinselung, später Einpackungen mit folgendem Halbbad.

Nach einer Unterbrechung von einigen Monaten begab sich Pat. wieder in meine Behandlung. Bei der Wiederaufnahme derselben Anfang September 1892 bot sie folgenden Befund:

Hirnnerven ohne Befund. Stimmung gedrückt, Hoffnung auf Genesung sehr herabgesetzt. Oefters Weinkrämpfe. In r. OE. ab und zu Schmerzen, anlässlich Manipulationen gelegentlich krampfhafte Streckung einzelner Finger. Noch öfter fibrilläre Zuckungen im Gebiet der Ulnarismuskeln.

L. OE. in allen ihren Functionen intact. Rumpfbewegung ungehindert. Häufig r. Ovarie mit Irradiation der Schmerzen in die r. UE. Dysurie, wechselnd mit Incontinentia.

An den UE. nach wie vor Paraplegie. Contracturen selten, nur mehr auf Adductoren und Muskeln der Sprunggelenke beschränkt. Deutliche locale Diathèse de contracture. Beim Stellen der Pat. auf die Füsse tritt allgemeine Versteifung der UE. ein. Die Contracturen jeweils mit Spinalirritation, Paralgien in der Kreuzgegend und brennenden Schmerzen in r. UE. erscheinend, menstrual besonders intensiv.

Die Sensibilität der r. UE. ist quoad Tastsensibilität und Localisation sowie tiefer Sensibilität wieder hergestellt, es besteht aber Analgesie und Thermoanästhesie. An der l. UE. wird Wiederkehr der tiefen und der tactilen Sensibilität constatirt; dabei thermische Anästhesie und Hyperalgesie. Der Plantarreflex ist beiderseits leicht zu erzielen. Die tiefen Reflexe sind gesteigert, r. bis zu Fussclonus, der l. nicht mehr hervorzurufen ist. Vasomotorische und trophische Störungen bestehen nicht. Unter l. Pinselbehandlung und Faradisation der Gelenke erfolgt weitere Aufbesserung der gestörten Sensibilität, aber die Paraplegie ändert sich nicht. Man gewinnt den Eindruck, dass unbewusst bleibende Hemmungseinflüsse die Bethätigung des Willens verhindern. Die Störungen der Blase schwinden im Laufe des Octobers.

Ende November trat Pat. aus meiner Behandlung aus, um den Winter im Süden zuzubringen.

Die letzten Nachrichten über die bedauernswerthe Kranke reichen bis zum April 1893.

Keine wesentliche Aenderung im Lähmungsgebiet. Episodisch war die l. UE. willkürlich etwas beweglich. Seit März 1893, unter brennenden Schmerzen in der l. OE., Schwäche und fortschreitende Atrophie, ganz besonders in den Muskeln des Daumenballens und der Lumbricales, ganz ähnlich, wie seiner Zeit die trophische Störung in der r. OE. begonnen hatte (hysterische Muskelatrophie?).

Beob. 8.

R., 25 J., ledig, Bedienstete, aufgenommen 28. 10. 90, stammt angeblich aus gesunder Familie, wurde mit 12 J. menstruirt, litt in der Folge an Menstrualkoliken, war von jeher nervös, emotiv, hatte nie schwere Krankheiten durchgemacht. Pat. hatte vor 5 J. heftige Gemüthsbewegungen erfahren. Als sie bald darauf Nachts auf den Corridor ihrer Wohnung ging, empfand sie plötzlich einen heftigen Schmerz in Rücken und Kreuz, fiel, einen Schrei ausstossend, bewusstlos zu Boden. Sie bekam nun angeblich Fieber, delirirte und die Aerzte diagnosticirten „Nervenfieber". Es dürfte sich jedoch um ein Delir. hystericum gehandelt haben, denn Pat. hatte dabei häufige Anfälle von etwa 3 Stunden Dauer, mit Verlust des Bewusstseins, allgemeiner Starre und Trismus (Katochus?). Auch nach Ablauf dieser etwa 5 Wochen währenden deliranten Periode kehrten solche Erstarrungsanfälle, besonders nach Emotionen, häufig wieder und verloren sich erst 1889.

Als Pat. in der 6. Woche ihrer Krankheit aufstehen wollte, empfand sie Schwere, Schwäche, Vertaubung in den UE. Aerztlicherseits wurde der Verdacht einer sich entwickelnden Rückenmarkskrankheit geäussert. Es entwickelte sich nun eine Lähmung der UE. mit Versteifung derselben und Contracturen, gegen welche Tenotomie in Aussicht gestellt wurde. Pat. war präoccupirt vom Gedanken eines schweren Rückenmarksleidens.

Nach 2 Monaten war sie unfähig, ihre Beine zu bewegen, auch sich aus der horizontalen Lage zu erheben. Zugleich entwickelte sich Incontinentia urinae.

Nach 3/4 Jahren kam wieder etwas Gefühl in die Füsse, die Steifheit liess nach. Pat. konnte wieder aufsitzen, etwas gehen, aber der Gang blieb schleppend, schwerfällig.

Ein ärztlicher Befund vom 28. 10. 90 lautet: Paraparese, Muskeltonus sehr gesunken, besonders links. Nirgends Rigidität, Patellar- und Achillesreflex bis nahe an Klonus gesteigert. Keine trophische, keine vasomotorische Erscheinungen. Elektrische Erregbarkeit normal, aber fehlende elektrocutane Sensibilität. Verlust der cutanen Sensibilität in

allen ihren Qualitäten an UE. aufwärts bis dicht über dem Kniegelenk. Der Sensibilitätsausfall schneidet hier ringförmig ab und macht einer Zone nur leicht herabgesetzter Empfindung Platz, die in der Höhe des Beckens normaler Sensibilität weicht.

Die tiefe Sensibilität fehlt in Zehen-, Fuss-, Kniegelenken, ist sehr herabgesetzt im Hüftgelenk. Die ganze Wirbelsäule wie auch das Kreuzbein sind höchst druckempfindlich.

Am Stamm, OE. und im Gebiet der Hirnnerven absolut keine Functionsstörungen. Vergebens wird nach Stigmata hysteriae gefahndet.

Pat. wird in ambulatorische Behandlung genommen, am Rücken galvanisirt, an den Extremitäten faradisirt.

Diese Behandlung hat wenig Erfolg und Pat. bleibt geraume Zeit weg.

Am 17. 11. 91 kommt sie wieder. Sie geht mit r. Krücke und l. Regenschirm. Der Gang ist langsam, Pat. rollt beim Gehen förmlich die Füsse bis zur Spitze auf, ohne jedoch am Boden anzustreifen. Sie geht vorsichtig, unbeholfen, leicht schwankend, die r. UE. versagt mehr als die l.

Alle Einzelbewegungen sind möglich, aber die Innervation der verschiedenen Muskelgruppen erfolgt auffällig ungeschickt, unter Innervation nicht zugehöriger Muskeln, gleichwie wenn Pat. defect in ihren Bewegungsanschauungen wäre. Die Innervationsenergie ist eine geringe, Pat. ermüdet rasch. Das Gehen ist psychisch sehr beeinflusst, durch Suggestion und indem Pat. sich einhängt, sehr beeinflussbar, im Allgemeinen sehr wechselnd. Pat. ist sich dieses Umstandes selbst bewusst. Sie gesteht, dass sie den ihr ärztlich suggerirten Gedanken einer Rückenmarkslähmung nicht los werde, der zudem in der Schwäche, Insufficienz, Schwere und Gefühllosigkeit der Beine beständig Nahrung finde.

Der Befund ist wesentlich der gleiche wie Ende 1890 — sehr gesunkener Muskeltonus, keine Rigidität, keine Ataxie, sehr gesteigerte tiefe Reflexe, fehlende tiefe Sensibilität, Romberg. Die ringförmige cutane Anästhesie ist tiefer gerückt, bis unter das Knie. Der Plantarreflex fehlt.

Wachsuggestionen sind gegen die Autosuggestion erfolglos. Man entschliesst sich zu Hypnose. Sie gelingt nach der Wetterstrand'schen Methode (Chloroform). Pat. kommt in tiefes Engourdissement. Man versucht die Idee, rückenmarkskrank zu sein, abzusuggeriren und verspricht völlige Genesung. Faradische Pinselbehandlung der anästhetischen Gebiete, faradische Durchströmung der anästhetischen Gelenke unterstützt die psychische Behandlung.

Als Pat. am 1. 6. 92 aus der Behandlung austrat, waren alle Be-

schwerden, bis auf geringfügige Amyosthenie und etwas gesteigerte tiefe Reflexe der UE., geschwunden.

Beob. 9.

P., 29 J., Beamtensgattin, angeblich unbelastet, als Kind an Rachitis leidend gewesen, mit 20 J. menstruirt, in der Folge immer dysmenorrhoisch, hatte im März 1890 ihre erste Geburt (Frühgeburt) ohne Beschwerden überstanden. Auch das Wochenbett war normal verlaufen. Pat. hatte schon vor der Entbindung heftige Gemüthsbewegungen gehabt, war immer eine zarte, nervöse Persönlichkeit gewesen. Als sie am 11. Tage post partum, sich ganz wohl fühlend, aufstand, bemerkte sie Ameisenlaufen in den Füssen, das etwa 14 Tage anhielt. Im Juli 1890, nach neuerlichen Gemüthsbewegungen, Herzklopfen, Angstgefühle, Athemnoth. Anfang 1891 begann Brennen in den Fusssohlen, Vertaubung daselbst, „als ob kein Fleisch, sondern Watte an den Beinen wäre“, die sich allmählich bis zur Höhe des Nabels herauf erstreckte.

Um den 20. 2. 91 entwickelte sich ein lästiges Gürtelgefühl um die Taille, Paraparese der UE., Gefühl, als ob Pat. auf Bürsten ginge. Steifheit, Spannung der UE., Obstipation.

Stat. praes. März 1891: Schwächliche, anämische, nervöse, kleine Persönlichkeit. Spuren von Rachitis am Schädel. Keine Stigmata hysteriae. Klagen über nagenden, stechenden Schmerz im Dorsaltheil der Wirbelsäule, starke Druckempfindlichkeit sämmtlicher Dorsalwirbel, aber keine anatomischen Veränderungen. Von Seiten der Hirnnerven kein Befund. Leichter Tremor der OE. Ameisenlaufen in den Fingern beider Hände, Gefühl von Gespanntsein in der l. OE. In den OE. aber kein objectiver pathologischer Befund.

Gürtelgefühl in der Höhe des Nabels.

In den UE. grosse Muskelschwäche, Einzelbewegungen erhalten. Paraparetischer spastischer Gang, nicht schwankend, nicht ataktisch. Romberg negativ. Patellarreflex hochgesteigert, r. Fussclonus, l. angedeutet. Sensibilität ungestört, Plantarreflex prompt.

Die Diagnose wurde auf Myelitis transversa gestellt, Pat. mit Galvanisation der Wirbelsäule, Extr. Secalis cornut. 0,5, extr. Belladonn 0,05 pro die behandelt. Es zeigte sich eine auffallende Besserung und Anfang Juni 1891 waren alle Störungen geschwunden.

Mitte März 1893 Recidive, angeblich nach Gemüthsbewegungen. Pat. will in der Zwischenzeit, bis auf zeitweilige Spinalirritation im Dorsaltheil der Wirbelsäule, ganz wohl und leistungsfähig gewesen sein.

Um den 15. 3. hatte sich wieder Vertaubung der Füsse gezeigt, einige Tage darauf Gürtelgefühl in der Nabelhöhe, Anfangs zeitweilig,

dann continuirlich, zugleich mit Schwere, Schwäche, und rascher Ermüdung der UE.

Mitte April litt Pat. durch 8 Tage an Amblyopie des l. Auges. Der ophthalmoskopische Befund war ein negativer gewesen. Ende April begann die r. UE. beim Gehen am Boden zu streifen.

Der Stat. praes. vom 1. 5. 93 ergab einen eigenthümlichen, mit einer Myelitis transversa nicht vereinbaren, eher an M. disseminata erinnernden Befund.

Pat. anämisch, schlecht genährt. Lues nach wie vor negirt und Spuren dieser Krankheit nicht aufzuweisen. Fieber, überhaupt Symptome, die auf eine Infectionskrankheit bezogen werden konnten, waren der diesmaligen Erkrankung nicht vorausgegangen. Stigmata hysteriae sind nicht auffindbar.

Von Seiten der Hirnnerven kein Befund, ausser Intentionszittern der Bulbi und fibrilläres Zucken der Zunge. Die OE. zeigen leichten Tremor, der aber auch in der Ruhe besteht, und gesteigerte tiefe Reflexe.

Am Stamm finden sich keine Functionsstörungen.

Der Gang ist spastisch und anstreifend. In der l. UE. ist die active Beweglichkeit im Ileopsoas und in den Plantarflexoren des Fusses herabgesetzt. In der r. UE. ist die grobe Muskelkraft minimal im Ileopsoas, etwas herabgesetzt im Quadriceps, sehr bedeutend reducirt im Peroneus- und Tibialisgebiet. Patellar- und Achillesreflex sind beiderseits sehr gesteigert. Rigor bei passiven Bewegungen besteht nicht. Die ausgestreckten UE. zeigen Intentionstremor.

An beiden Oberschenkeln und an der Innenseite des l. Unterschenkels scharf abgegrenztes Gebiet thermischer Hypästhesie, an der Vorderfläche der Oberschenkel bedeutende tactile Hypästhesie. Sonst allenthalben cutane Sensibilität intact. Auch die tiefe Sensibilität erweist sich in allen Gelenken der UE. ungeschädigt.

Bis zum 10. 5. Stat. idem, bis auf leichten Fussklonus und Rigidität in r. UE.

Am 10. 5., unter Zunahme des Gürtelgefühls in der Höhe des Epigastriums und Hyperästhesie in der handbreiten Gürtelgefühlszone, plötzlich Paraplegie und Detrusorlähmung, sodass der Urin nur mittelst Katheter entleert werden kann. Dabei heftiges, schmerzhaftes Spannungsgefühl im Kreuz und Unfähigkeit, sich aufzurichten. Obstipation. In der Gürtelzone heftiges Brennen. Sensibilität unverändert.

Am 24. 5. plötzliche Wiederkehr der Motilität und der Blasenfunction. Schwinden der Obstipation und des Gürtelgefühls. Die grobe Muskelkraft ist allenthalben vorhanden; passiv besteht kein Rigor, aber beim Gehen Spasmus und Spannungsgefühl. Ablenkung der Aufmerksamkeit

bessert auffällig den Gang. Tiefe Reflexe sehr gesteigert, beiderseits Fussklonus. Hochgradige Druckempfindlichkeit des 7. Dorsalwirbels und des ganzen Kreuzbeins.

Fortschreitende Besserung.

Beim Stat. retrospectivus am 6. 7. 93 noch etwas Druckempfindlichkeit des 6. Dorsalwirbels und der Bahn der 6 Intercostalnerven. Gefühl von Druck bei Inspiration und bei Streckung der Wirbelsäule in diesen Nervenbahnen. Palpitation und leichte Tachycardie.

An den UE. nur noch Steigerung der Patellarreflexe und r. Andeutung von Fussklonus. Sonst alle Störungen geschwunden, u. A. auch das Intentionszittern der Bulbi. Pat. fühlt sich gesund und tritt aus der Behandlung aus.

Beob. 10.

L., 52 J., Wittwe, Handarbeiterin, stammt aus einer Familie, in welcher mehrfach Erkrankungen an Tuberculose und an Carcinom vorgekommen sind. Sie selbst war gesund, bis auf Parametritis und Influenza, hat 3mal geboren und das Klimacterium vor einigen Jahren gut überstanden.

Am 4. 4. 91 erfuhr sie einen heftigen Schreck, indem sie gewahr wurde, dass ein Miether sie um 50 fl., ihre ganze Baarschaft, bestohlen hatte. Bei dieser Entdeckung fiel sie bewusstlos um, kam nach einer halben Stunde zu sich, konnte aber eine Stunde lang kein Wort sprechen. Dann erholte sie sich und machte die Anzeige bei der Polizei.

Seit diesem Shok erschrak Pat. sehr leicht und fand dann nicht gleich die Worte (Aphasie). Ueber den Verlust ihres Geldes vermochte sie sich nicht zu trösten und wurde immer emotiver und nervöser. Im März 1892, nach einem Sturz, bekam sie Beschwerden, die auf eine r. Wanderniere zurückgeführt und durch eine Ceinture ziemlich behoben wurden. Am 10. 7. 92 wurde sie aus dem Schlaf aufgeschreckt. Sie war vorübergehend aphasisch, zitterte am ganzen Körper, konnte sich nicht beruhigen, schlief kaum in der Nacht zum 11., und als sie Morgens aufstehen wollte, stellten sich solches Zittern und Schmerzen in den Beinen ein, dass sie darauf verzichten musste. Bis Mitte September 1892 entwickelte sich eine schlaffe Paraplegie, um deren willen Pat. am 18. 9. 92 sich im Spital aufnehmen liess.

Stat.: Gracile, abgemagerte, blasse Frau; ausser chron. Bronchialkatarrh und r. Wanderniere vegetativ kein Befund. Pat. klagt über allgemeine Schmerzhaftigkeit. Thatsächlich sind alle tastbaren Nerven auf Druck höchst empfindlich, desgleichen die Wirbelsäule. Allgemeiner continuirlicher Tremor, r. stärker als l., intentionell sehr gesteigert. Cutane Hypästhesie im Bereich der UE. Anscheinend Paraplegie mit

Streckcontractur der UE., beiderseits Pes varoequinus-Stellung. Activ ist die r. UE. bewegungslos, passiv hindert die Contractur die Bewegung. An der l. UE. geringer Bewegungseffect, der aber sofort, gleichwie passive Bewegung, die Contractur auslöst. Continuirlicher Klonus im r. Quadriceps, der bei activer oder passiver Bewegung gelegentlich auch l. beobachtet wird. Patellarreflex sehr gesteigert.

Am 29. 9. liess sich Pat. auf die Klinik transferiren. Die Hypästhesie hatte sich auf die ganze r. Körperhälfte ausgebreitet. An der r. UE. bestand auch in der Ruhe ein permanenter Schütteltremor. Alle Nervenstämme waren sehr druckschmerzhaft. Pat. war unerschöpflich in Klagen über reissende Schmerzen im Gebiet des ganzen r. N. ischiadicus, über Ameisenkriechen und cutane Schmerzen am ganzen Körper, als ob 1000 Nadeln eingestochen würden.

Magnetotherapie und Wachsuggestionen waren wirkungslos. Pat. verweilte an der Klinik nur kurze Zeit. Bei der Entlassung, Ende November 1892, war sie leidlich gehfähig, aber r. spastisch, l. sehr amyosthenisch. Der Schüttelkrampf hatte auch die r. OE. ergriffen. Die spontane und auf Druck entstehende Schmerzhaftigkeit hatte sich vermindert. Die r. Hemianästhesie war weiter vorgeschritten, insofern zur tactilen Hypästhesie Analgesie getreten war und, ringförmig unter dem Knie beginnend und bis zu den Zehen reichend, Anästhesie für alle Qualitäten bestand. Die tiefe Sensibilität war in den r. 2. und 3. Zehengelenken Null, im 1. Gelenk dumpf, im Fussgelenk gering herabgesetzt, in den höheren Gelenken intact. Die l. Körperhälfte bot nirgends Sensibilitätsstörungen. Die Sinnesorgane waren r. und l. unbetheiligt. Pat. wurde mit Magnet und Elektricität behandelt.

Beob. 11. Souques (op. cit. p. 165), Paraplegia hyster. mit Incontinentia urinae.

J., 21 J., Arbeiterin, aufg. 9. 3. 90, erblich belastet, hatte Convulsionen als Kind, Enuresis, später nach Schreck mehrmonatliche Chorea. Mit 15 J. begannen Hystero-gravis-Anfälle, die von der Heirath (mit 18 J.) an seltener wurden.

Am 9. 2. 90, Schreck über den betrunkenen, sie mit einem Messer bedrohenden Ehemann. Hysterieanfall mit retroactiver Amnesie. Am folgenden Morgen beginnt Schwäche der UE., die in wenigen Tagen zur Paraplegie wird. Aus Verzweiflung über die vermeintlich unheilbare Erkrankung Selbstmordversuch.

Im Spital Paraplegie mit Contractur, heftige Schmerzen in der Kniegegend, cutane Hyperästhesie von Schenkelmitte bis zum Fuss, schmerzhafte hyperästhetische Plaques am Sternum, Vertex, Armen und Rücken. Eine Reihe von hyster. Stigmata. Sphincterenlähmung. Unter Hydrotherapie bedeutende Besserung, aber späterhin Chorea rhythmica der l. OE. und Aphasie.

Im August 90 hyperästhet. Plaques an den Kniescheiben, anästhetische Plaques da und dort, Spinalirritation, l. Ovarie und spasmogene Zone. Sonstige Stigmata hyst. Chorea rhythmica. Paraparese. Incontinentia urinae. Hysterischer Charakter.

Beob. 12. Souques (op. cit. p. 103).

M., 13 J., aufg. 19. X. 90, aus nervös unbelasteter aber tuberculöser Familie, früher nie bemerkenswerth krank gewesen, litt seit seiner Uebersiedlung nach Paris vor 1½ J. an häufiger Cephalaea mit Erbrechen, sodass man an tuberculöse Erkrankung im Gehirn dachte. Am 22. 12. 89 begann zunehmendes Kopfweh, am 28. Starrkrampfanfall. Seither zunehmende Schwäche der UE., enorme Steigerung der tiefen Reflexe, Rigor, Streckcontracturen. Pat. wurde mit Diagnose: primäre Sclerose der Seitenstränge zu Charcot gesandt.

Stat. Keine Stigmata hysteriae, nirgends Sensibilitätsstörungen. Keine Störungen der Sphincteren. Gehirnnerven, OE. ohne Befund. UE. in completer Streckcontractur mit maximaler Dorsalflexion im Fussgelenk. Willkürlich beweglich nur die Zehen. Tiefe Reflexe enorm gesteigert. Pat. steht ganz unter der Suggestion, dass ihm in Paris geholfen werde. Während man noch an die Möglichkeit einer Compressionsläsion oder eines medullaren Tuberculums denkt, fängt Pat. unter der Autosuggestion, die Function der Beine kehre wieder, zu gehen an, Anfangs rasch ermüdend.

Am folgenden Tage ist er gesund bis auf Steigerung der Reflexe, die aber im Laufe der nächsten Monate sich ebenfalls verliert.

Beob. 13. Souques (op. cit. p. 94).

Fräulein B., 20 J., aufg. 29. 1. 81, gross, kräftig, aus belasteter Familie, früher nicht nervös, erleidet Mai 79, anlässlich Sturz mit dem Wagen, eine leichte Hirnerschütterung und Wunde über l. Augenbraue. Seither kränkelnd. December Ovarie, Meteorismus, Constipation, später hysterische Krisen, Charakteränderung, bellender Husten. Anfang März beginnt l. dorsale Hyperästhesie und Schmerz mit l. Hemihyperästhesie. Unter Ausbreitung der Hyperästhesie über den ganzen l. Stamm, Entwicklung von Paraplegie.

Stat. 29. 1. 81. Paraplegie mit Streckcontractur, spasmodisch sich lösend, mit Freiheit willkürlicher Bewegung. Patellarreflexe gesteigert. Fussclonus. L. Ovarie mit ascendirender Aura. L. cutane Hemihyperästhesie für alle Qualitäten. Gang möglich mit r. Krücke, scharrend, aber ohne Rückstoss, wie bei spast. Spinalparalyse. Schmerz und Rigor scheinen die Gangstörung zu bedingen. Kautschukgefühl in den Beinen, Schwanken bei geschlossenen Augen, fehlender Plantarreflex.

Ende 1881 nach Traum, Charcot drohe ihr, wenn sie nicht bald gehe, würde sie von den geliebten Angehörigen getrennt, vermag Pat. plötzlich zu gehen, schleift aber das l. Bein, hat gesteigerte l. Hemihyperästhesie, die aber bald durch eine Analgesie ersetzt wird. Pat. hatte nach jenem schrecklichen Traum die Hilfe der Mutter Gottes angerufen und plötzlich zu gehen begonnen.

1882 noch leichter Rigor, l. Hyperästhesie, Spinalschmerz, l. Parese, gesteigerte tiefe Reflexe. Allmählich auch Schwinden dieser Krankheitsreste. Heirath, Geburten, dauernde Genesung.

Bemerkenswerthe weitere Casuistik:

Huchard (Thèse de Paris 1881). Hysterische Lähmung, eine syphilitische Paraplegie vortäuschend. Ch., 40 J., Schneiderin, aufg. 10. 4. 80. Hysterische Antecedentien, Lues mit 18 J. Mit 31 J., nach Streit mit dem Mann, plötzlich schlaffe und schlaff bleibende Paraplegie. Keine Sensibilitätsstörung. Nach 15 Monaten spontan plötzlich Genesung. Später Aphonie. Neuerlich Recidive der schlaffen Paraplegie. Auch diesmal Sensibilität intact. Tiefe Reflexe minimal. Dorsolumbale und epigastrale Schmerzpunkte hysterischen Charakters. Keine Stigmata hysteriae. Sphincteren intact. Allmälige und dauernde Genesung.

Sperling, Neurolog. Centralblatt 1886. E., 14 J., zunehmende Schwäche der UE. Nachschleifen der Beine. Lumbarwirbel schmerzhaft. Sphincteren intact, nur Reflexe gesteigert, Fussclonus. Sensibilität intact. Wahrscheinliche Diagnose: „myelitis tubel." Nach 2 Monaten Genesung.

Pontoppidan, Centralbl. f. Nervenkrankh. 1886. Mann, 26 J., von hysterischer Mutter, erkrankt plötzlich nach Emotion an Paraplegie. Sensibilität intact. Schmerzhafte Zone vom [illegible] Dorsalwirbel. Genesung nach 3 Monaten. Nach 8 Tagen Recidive, diesmal mit Hyperästhesie der UE. Genesung mit [illegible].

Zeni, Gazzetta degli Ospitali. Ravenna 1888, 80. Frau, nach Abortus vor 19 J. allmälig Paraplegie, zugleich einseitige Amaurose mit negativem ophthalmoscopischem Befund. [illegible], Harnverhaltung. In den letzten Jahren Contractur der Flexores und Adductores cruris. Unter Galvanisation, kalten Bädern und Massage Genesung nach 19 Jahren.

Brieger, Charité Annalen 1887, p. 161. Anstreicher, 23 J., wiederholte Bleikoliken. 1881 plötzlich Paraplegie mit Streckcontractur, die ersten 3 Tage Anästhesie im Lähmungsgebiet. Vermuthete spastische Bleilähmung. Nach 25 Tagen wieder gehfähig.

Musso, lo Sperimentale 1883, p. 399. Junger Mann, keine Lues. 1870 nach Durchnässung und Ueberanstrengung als Pompier Nackenschmerz, etwas Fieber, nach 12 Tagen Paraparese. 1878 Paraplegie, mit Anästhesie der UE. Gelegentlich clonische Krämpfe in denselben. Rigor bei passiver Bewegung. Diagnose: Myelitis der Seitenstränge a frigore. Nach 240 elektrischen Sitzungen genesen 1885.

Die vorausgehende Casuistik, soweit sie meinem Beobachtungsmaterial entnommen ist, besteht aus ausgewählten Fällen von theils schlaffer, theils spastischer, sicher hysterischer Paraplegie, geeignet, die verschiedensten spinalen Erkrankungen vorzutäuschen, zumal da es sich fast ausschliesslich um monosymptomatische Lähmungen handelt.

Dieses Vorkommen ist in meinem Erfahrungskreise das entschieden häufigere; aber auch da, wo hysterische Stigmata vorhanden sind, kann dies nur zur Vorsicht in der Diagnosestellung mahnen, niemals aber diese entscheiden, da Hysterie keineswegs vor organischer Rückenmarkserkrankung schützt.

Die Diagnose kann nur aus Aetiologie, Pathogenese, Verlauf und Symptomencombination gemacht werden.

Organischer Erkrankung verdächtig mag immer eine Paraplegie in luctico erscheinen. Dass sie gleichwohl rein functionell sein kann, lehrt Beob. 4.

Eine Paraplegie durch psychischen Shok (wenn auch die meisten traumatischen Fälle gehören mögen) überhaupt im Anschluss an eine Gemüthsbewegung, ist mindestens als functionelle verdächtig, zumal wenn sie sich binnen Tagen und Wochen entwickelt (im Gegensatz zu Haematomyelie u. s. w.).

Ganz besonders wichtig ist es in solchen Fällen, die psychische Genese der Lähmung zu verfolgen und sie auf imitatorischen Einfluss

(Beob. 4) oder auf Fremd- oder Autosuggestion (Beob. 5, 6) drohender Rückenmarkslähmung zurückführen zu können.

Nicht minder bedeutsam ist die deutliche Beeinflussbarkeit der Intensität und des Wechsels der Symptome durch psychische derartige Factoren, wobei die Aufmerksamkeit des Patienten auf seinen Leidenszustand mit verschlechternder Wirkung, und die Ablenkung jener mit dem umgekehrten Erfolg, eine hervorragende Rolle spielt.

Gewinnt man den wünschenswerthen Einfluss auf die Psyche des Kranken, so vermag man oft temporär die Paraplegie in eine blosse Dysbasie zu verwandeln, das scheinbar vorhandene Romberg'sche Symptom zu eliminiren u. dergl. mehr.

Unter allen Umständen ist die psychologische Signatur des Falles wichtiger, als das klinische Detail der Symptome und ist die minutiöse Feststellung des bisherigen Verlaufs mit seinen oft ganz paradoxen Schwankungen und Complicationen diagnostisch viel bedeutsamer als der Stat. praesens. Aus diesem Grunde (verschleierte Aetiologie des Falles, unvollständige Anamnese) erklärt es sich, warum so oft bei Consilien, selbst von Coryphäen, diagnostische Irrthümer, d. h. Verwechseln functioneller mit organischer Paraplegie begangen werden.

Erst das eingehende Studium des Falles — meist ist hierzu Spitalsbeobachtung erforderlich — pflegt ihn in das richtige Licht zu stellen. Man muss zur Klarheit darüber gelangen, wie das Verhältniss von Psyche und Lähmung ist.

In seltenen Fällen mag erst der Ausgang der Krankheit die Entscheidung vermitteln. Gleichwie Myelitis durch emotionellen Einfluss eine bedenkliche, durch nichts erwiesene ätiologische Annahme ist, so muss das grösste Misstrauen einer angeblichen Myelitis entgegengebracht werden, die noch nach Monaten zur völligen Ausheilung gelangt, ausser es handelte sich um eine luetische und die Heilung wäre durch eine antiluetische Behandlung zu Stande gebracht worden. Lehrreich in dieser Hinsicht ist Beob. 9, die erst anlässlich einer Recidive als Das, was sie schon das erste Mal gewesen war, erkannt wurde. Wahrscheinlich steht es mit den anderen geheilten Myelitisfällen gerade so.

Versucht man die Symptomatik zur Gewinnung der differentiellen Diagnose zwischen functioneller und organischer Paraplegie heranzuziehen, so ergiebt sich aus der voranstehenden Casuistik deutlich, wie nahe das functionelle Bild dem organisch bedingten stehen, ja symptomatologisch und im Stat. praesens geradezu sich mit demselben decken kann. Strenge genommen giebt es in der Erfahrung kein einziges Symptom des paraplegischen Erscheinungsbildes, das nicht auch als functionelles möglich wäre.

Eine Ausnahme machen blos Cystitis und Decubitus, aber diese erscheinen oft erst spät im Bilde einer Myelitis, ausser es handelt sich um eine centrale Localisation derselben.

Ebensowenig sind der Nachweis von Muskelatrophie und quantitativer und qualitativer Aenderung der elektrischen Erregbarkeit als sichere Zeichen für organische Paraplegie zu betrachten, da sie auf Grund neuerer Erfahrungen auch bei Hysterie (wahrscheinlich auf Grund blos functioneller Störung in den Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarks) möglich sind.

Beim Versuch, die Einzelsymptome für die Diagnose heranzuziehen, scheint es geboten, ganz besonderes Augenmerk dem Verhalten der Sensibilität und ihren Störungen zuzuwenden.

Souques, in seiner werthvollen Monographie, stellt diese in den Vordergrund seiner differentiell diagnostischen Erwägungen.

Er verweist darauf, dass Parästhesien und andere subjective Sensationen, Hyperästhesien und Schmerzen bei functioneller Paraplegie selten, bei organischer ganz gewöhnlich seien, was aber bei Beob. 2, 7, 9, 10 keineswegs zutrifft.

Wichtiger ist Souques' Hinweis darauf, dass bei organischer Paraplegie die Anästhesie, je nach dem Sitze der Läsion, in verschiedener Höhe ringförmig abschliesse und dass oft dicht oberhalb der Grenze der Anästhesie eine schmale hyperästhetische Zone sich vorfinde, während in klassischen Fällen von functioneller Paraplegie segmentäre Anästhesie bestehe, mit V förmiger Begrenzung nach oben, Genitalien und Regio sacralis freilassend. Diesen Typus repräsentirt z. B. Beob. 7, aber dass dieses Criterium der ringförmigen Anästhesie nicht blos organischer Lähmung zukommt, lehrt Beob. 9, bei welcher jene in 2 Krankheitsanfällen zu constatiren war.

Immerhin wird die segmentäre Anästhesie mit Freibleiben der Pudendal- und der Sacralgegend diagnostisch alle Beachtung verdienen. Das Gleiche gilt für paradoxe und namentlich hemianästhetische Sensibilitätsstörungen, die mit organischer Paraplegie nicht verträglich sind.

Dissociirte Störung der Empfindungsqualität wäre aber auch bei einer lumbal localisirten Syringomyelie möglich.

Die Intactheit der cutanen Sensibilität schliesst eine hysterische Paraplegie nicht aus (Huchard, de la parapl. hyst. sans anesthésie. Thèse de Paris 1881). Dass auch Gürtelgefühl, ganz wie bei einer organisch vermittelten Paraplegie, möglich ist, lehrt Beob. 9.

Bedeutungsvoller als das Verhalten der cutanen Sensibilität, ist das der tiefen. Schon Duchenne hatte darauf hingewiesen, dass die elektro-

muskuläre Sensibilität bei hysterischen Lähmungen zu fehlen pflegt. Das häufige Fehlen der tiefen Sensibilität wird auch durch meine Casuistik ausgewiesen. Besonders bemerkenswerth erscheint der regionäre Ausfall jener, und zwar an dem distalen Ende der UE.

Von Wichtigkeit erscheint das Verhalten der Reflexe. Was die tiefen Reflexe betrifft, so fand sie Richer immer gesteigert, unbeschadet seltener unerklärter Fälle, wo sie fehlten. In meiner Casuistik erschienen sie immer gesteigert, ausgenommen in Beob. 2, wo ihr Fehlen auf eine Neuritis bezogen werden konnte. Ganz besonders bemerkenswerth ist das dauernde Fortbestehen schlaffer Lähmung mit gesteigerten tiefen Reflexen, während bei organisch bedingter Lähmung doch das Eintreten spastischer Erscheinungen zu gewärtigen wäre. Die plantaren Reflexe fand Richer meist fehlend, auch dann, wenn keine Anästhesie bestand. Auch Buzzard hält ihr Erhaltensein für einen Hinweis auf organische Bedeutung des Falles. In meinen Fällen waren sie schwach erhalten (1, 5), fehlend (3, 4, 7, 8), erhalten (2, 9). In 2 Fällen (6, 10) wurde über ihr Verhalten leider nichts notirt. Das Verhalten der plantaren Reflexe bei functioneller Paraplegie verdient weitere Untersuchungen.

Ganz gewöhnliche, auch bei hysterischer Paraplegie aufzufindende Symptome sind solche von Seiten der Blase. Sie könnten zur Stellung der Diagnose beitragen, insofern sie oft eine Wandelbarkeit zeigen, die den organisch bedingten Blasenstörungen nicht zukommt, ferner, indem etwaige Harnverhaltung häufig auf Spasmus des Sphincter vesicae zurückgeführt werden kann. Jedenfalls muss man bei dem Vorkommen jener zunächst an diese Wahrscheinlichkeit denken. Der Widerstand, welchen man beim Eindringen und Entfernen des Katheters findet, spricht jedenfalls für Spasmus. Dass Harnverhaltung aber auch gelegentlich durch Detrusorlähmung eintreten kann, lehrt Beob. 9.

Auch relative und selbst absolute Incontinenz ist der hysterischen Lähmung nicht fremd (Beob. 1, 3, 7, 8). Wenn sie mit Spasmus des Sphincter wechselt, ist die Annahme einer hysterischen Bedeutung dieser Symptome jedenfalls berechtigt.

Wenden wir uns zu den Erscheinungen gestörter Motilität an den Extremitäten, so finden sich alle Gradunterschiede von Paraparese bis zu völliger Paraplegie vor. Diese entwickelt sich nicht selten aus Abasie und zeigt auch episodisch das Bild dieser. Jedenfalls bestehen fliessende Uebergänge zur Abasie.

Die Lähmung ist in der Mehrzahl der Fälle eine schlaffe. Sie kann dieses Gepräge durch den ganzen Verlauf der Krankheit hindurch bewahren, jederzeit aber sich mit spastischen Erscheinungen combiniren,

Zuweilen sind diese nur bei passiver Bewegung vorhanden und als Pseudospasmus, auf Grund unbewusster Innervation von Seiten des Kranken, zu bezeichnen. Wirkliche Spasmen beruhen auf Diathèse de contracture und sind dann auch ohne Hyperästhesie, selbst bei regionärer Anästhesie möglich; oder aber es handelt sich um Reflexspannungen durch Arthralgien, Neuralgien, regionäre Hyperalgesien, bei mangelhafter Leistungsfähigkeit der reflexhemmenden Mechanismen.

Diese spastischen Erscheinungen sind somit als Complicationen zu betrachten. Der Typus der hysterischen Lähmung scheint die schlaffe. Die schlaffe Lähmung ist prognostisch günstiger als die spastische. Auf ihre psychische, speciell autosuggestive Bedeutung wurde oben hingewiesen. Man gewinnt vielfach den Eindruck, dass sie als rein psychisch corticale Lähmung anzusprechen ist, d. h. als Monoplegia corticalis duplex. Die Aehnlichkeit mit solcher aus organischer Ursache im Sinne von Unvollständigkeit der Lähmung, vorwiegend distaler Ausprägung derselben, regionärer Störung der Sensibilität, besonders der tiefen, ist oft unverkennbar.

Ein bemerkenswerthes Moment in solchen Fällen ist die eigenthümliche, dem Bild organischer Erkrankung an und für sich nicht zukommende Combination und Vertheilung der Symptome. Dies tritt in der von mir mitgetheilten Casuistik auffällig oft zu Tage.

In Beob. 1 erscheint bei dem paraparetischen Kranken im Gebiet der Lähmung bald Spasmus, bald Ataxie, welche letztere durch Wachsuggestion jederzeit sich temporär beseitigen lässt. Auch in Beob. 3 ist die Gehstörung sehr wandelbar. In Beob. 5 sind die Zehen frei von Lähmung. In Beob. 9 erinnert die Recidive vorübergehend an Myelitis disseminata, insofern Intentionszittern der Bulbi, der Extremitäten, regionäre Muskelparesen, spastischer Gang auftreten. Dazu gesellt sich eines Tages ganz unvermittelt und episodisch eine Paraplegie mit Detrusorlähmung!

In Beob. 10 begleitet längere Zeit ein (hysterischer) Klonus im Gebiet der Quadricipites das Bild der schlaffen Paraplegie!

Die Prognose dieser Lähmungen ist immer eine zweifelhafte. Schwer versündigt sich der unwissende Arzt, wenn er die impressionablen, autosuggestiblen Kranken in ihren Befürchtungen organischer Begründung ihres Falles bestärkt, indem er von der Möglichkeit einer Rückenmarksentzündung spricht. Solche Fremdsuggestion, wenn sie von einem Arzt, der das Vertrauen des Patienten geniesst, ausgeht, kann fast unüberwindlich sein. Aber auch der Einfluss des Milieu (allzu besorgte oder auch lieblose Angehörige) ist nicht zu unterschätzen. Am schlimmsten sind jedenfalls (meist traumatische) Fälle mit Anästhesie, bei welchen die

kranken Glieder aus dem Bewusstsein ausgeschaltet sind, ferner Fälle, wo Arthralgien, traumatische Hyperästhesien u. dergl. beständig das Bewusstsein des Kranken auf seine Infirmität hinlenken. Kürzlich sah ich eine Kranke mit hysterischer Paraplegie, die sich in die Einsamkeit einer Pension geflüchtet hatte, weil ihr die Existenz daheim bei dem von ihr verabscheuten Gatten unerträglich war. Ihre Lähmung war ihr ein nicht unwillkommener Grund, isolirt leben zu können. In diesem Fall hatte natürlich die psychische Therapie kein Terrain. Unter ähnlichen Verhältnissen habe ich eine seit über 20 Jahren bestehende Paraplegie gesehen, die allen ärztlichen Bestrebungen trotzte.

Spontanheilungen kommen vor durch den Einfluss der Zeit, mit welcher der Functionswerth autosuggestiv geschaffener Hemmungsvorstellungen nachlässt, etwaige sie im Bewusstsein fixirende Affecte und locale Schmerzen schwinden, der impressionable Zustand des im Sinne einer (traumatischen) Neurose afficirten Nervensystems sich verliert. Meist bedarf es aber der unterstützenden Mitwirkung von Gemüth und Verstand anderweitig in Anspruch nehmenden (ablenkenden) Vorstellungen, oder auch — ein Affect übt eine lösende Wirkung oder lässt (in Lebensgefahr) auf die Autosuggestion vergessen, sodass der Kranke, indem er seine Beine wiedergefunden hat, sich selbst eine Contrasuggestion ad oculos setzt. In anderen Fällen wirkt der contrasuggestive Einfluss von für heilkräftig geltenden Bädern, Volksmedicinen, Reliquien, Gnadenorten. Die ärztliche Kunst hat die schwere Aufgabe, den Autosuggestionen der Kranken entgegenzuwirken. Zuweilen gelingt es der autoritativen Wachsuggestion, dies zu erreichen, unterstützt durch zielbewusste moralische Behandlung, eventuell unter Zuhülfenahme von Magnetotherapie, der bei complicirender Anästhesie ein gewisser Werth nicht abgesprochen werden kann.

Werthvoll kann es sein, weiter einzugreifen durch Weckung optischer Erinnerungsbilder (passive Bewegung, manuell oder durch Elektricität) sowie sensibler (Massage, elektrischer Pinsel). Gewöhnlich kommt man mit Wachsuggestion nur zum Ziele in einem Krankenhause oder mindestens unter Entfernung aus den krankmachenden familiären und localen Verhältnissen. Unerlässlich erscheint in schweren Fällen die Trennung von den Angehörigen. Was man mühsam und des Erfolges nicht sicher durch Wachsuggestion erzielt, erreicht man hier und da unverhältnissmässig rasch durch Suggestion in Hypnose.

Vortäuschung von multipler Sklerose.

Beob. 1.

Fräulein K., 29 J., gew. Schauspielerin, stammt von einer Mutter, die an Asthma litt und gelähmt starb, wahrscheinlich in Folge einer Hirnkrankheit.

Pat. wurde mit 12 J. menstruirt, hat bis zum 15. Jahr masturbirt. Vom 16. bis 19. J. litt sie an einem nervösen Magenleiden.

Von da ab zeigte sich Müdigkeit beim Gehen, später auch rasche Erschöpfung bei Leistungen der OE., beim Kauen und bei Bewegungen des Stammes.

Allmälig gesellten sich dazu Steifigkeit der Beine, des Rückens und Nackens, zeitweises Nachschleppen des l. Beines.

Der Gang wurde schwankend, wie „betrunken". Pat. konnte beim Gehen die Richtung nicht einhalten, es „riss sie nach der einen oder andern Seite."

Beim Liegen, besonders im Bett, fühlte und sah sie Zuckungen an den Beinen.

Gelegentlich Gürtelgefühl in der Höhe des Epigastriums.

Schon vom Beginn des Leidens an zeigte sich zeitweise Cystospasmus, einige Mal auch Incontinentia urinae.

Seit Jahren grosse Emotivität, psychische Erregbarkeit, Nosophobie, Zerstreutheit, Klagen über Gedächtnisschwäche, gelegentlich Kopfdruck. Daneben Parästhesien bis zum Knie herauf, neuerlich auch in l. Hand, mit grosser Ungeschicklichkeit derselben, ferner Gefühl des Wankens, mit Schwindel.

Pat. fand selbst, dass ihre Gehstörung sehr wechselnd war, viel besser, wenn sie auf häuslichen Kummer und Sorgen vergass und in heiterer Gesellschaft verweilte. Wenn sie lange ging, wurden ihr die Beine steif.

Eine erstmalige flüchtige Consultation am 12. 10. 95 stellte Folgendes fest:

Das Leiden war acut nach heftigen Gemüthsbewegungen aufgetreten, die seither fortdauern und durch die Erwerbsunfähigkeit der Pat. seit 4 Jahren gesteigert werden.

Ausser gelegentlichen Lachkrämpfen ermittelte die Anamnese keine hysterischen Antecedentien. Auch Stigmata hysteriae sind nicht aufzufinden. Pat. ist mittelgross, gracil, der Schädel leicht rachitisch verbildet. Von Seiten der Hirnnerven besteht keine Anomalie, bis auf Intentionszittern bei forcirtem Seitwärtssehen.

Nirgends Störung der Sensibilität. An allen Extremitäten, besonders den unteren, bedeutende Herabsetzung der groben Muskelkraft. Es besteht locomotorische und statische Ataxie. Pat. bedarf eines Stockes zum Gehen. Dann bessert sich ihr Gang auffällig. Weder an OE. noch UE. Intentionstremor. An den OE. ist bei geschlossenen Augen leichte Ataxie nachweisbar. Das Romberg'sche Symptom ist angedeutet. Pat. ermüdet rasch beim Gehen und scharrt dann mit den Füssen am Boden. Bei passiven Bewegungen tritt Versteifung im Hüft- und Kniegelenk ein. Die tiefen Reflexe sind an den UE. sehr gesteigert, jederzeit ist beiderseits Fussclonus erzielbar. Pat. klagt über Versteifung und Ermüdung in den Knieen und Unsicherheit des Gehens. Im Dunklen vermag sie kaum sich auf den Beinen zu erhalten.

Die Diagnose schwankte zwischen Hysterie und multipler Sklerose. Pat. erhielt Halbbäder und Sol. Fowler. verordnet.

Anlässlich neuer Consultation am 25. 11. 95 berichtete Pat., eine Zeitlang sei es besser gegangen, seit einem kürzlichen Todesfall in der Familie schlechter. Der Zustand wechsle sehr, Emotionen wirkten jeweils verschlimmernd.

Nur dann seien die Beine steif. Neuestens Gefühl von Unsicherheit und Vertaubung in der l. OE. Der Stat. objectiv derselbe wie am 12. 10.

Am 13. 1. 96 entschloss sich Pat. zur Aufnahme auf der Klinik.

Keine Zeichen von Hysterie. Beiderseits 5 D. Hypermetropie, Asthenopie. Fundus normal, desgleichen Sehfeld. Nirgends Sensibilitätsausfall.

An den OE. kleiner, feinwelliger, 7 Oscillationen per Secunde übersteigender, inconstanter, in der Intensität sehr wechselnder Tremor, der intentionell gesteigert wird, aber auch in der Ruhe zu bemerken ist. Die l. Hand ist etwas ungeschickt in ihren Bewegungen. Amyosthenie, tiefe Reflexe gesteigert. Nirgends Rigor.

An den UE. keine Amyosthenie. Die tiefen Reflexe hochgesteigert, beiderseits Fussclonus.

Ueberaus rasche Ermüdung, dann leichtes Schleifen der l. UE. Bei Augenschluss geräth Pat. ins Schwanken, das aber suggestiv und durch Markirung einer Unterstützung schwindet, offenbar rein psychisch bedingt ist (Pseudo-Romberg).

Die Störung des Ganges ist eine überaus wechselnde. In voller Ruhe des Gemüths zeigt sich nur eine Spur von Ataxie. In Emotion, ferner nach relativer Ermüdung wird der Gang zunehmend unsicher. Pat. setzt dann die Beine nicht voreinander, sondern innen oder aussen von der Gangrichtung auf, kommt dadurch von dieser ab und ins Schwanken.

Alle diese Beschwerden zeigen einen sehr grossen Wechsel der Intensität, sowohl während desselben Tages, als auch in längeren Zeitabständen. Dasselbe gilt für das Intentionszittern der Bulbi. Pat. ist sehr emotiv, steht unter der von anderer ärztlicher Seite erfolgten Suggestion eines Rückenmarksleidens und ist wegen ihrer Zukunft sehr besorgt.

Unter Wachsuggestionen und Gymnastik bedeutende Besserung des Leidens, dessen Beeinflusstsein von der Stimmung überaus deutlich ist. Pat. ist andauernd sehr emotiv und psychisch nicht zu voller Ruhe gelangend. Am 22. 2. 96 gebessert entlassen.

An der hysterischen Bedeutung des vorstehenden Falles kann kein Zweifel bestehen. Wenn auch statische und locomotorische Ataxie, Intentionszittern der Augenmuskeln, Amyosthenie, zeitweiser Rigor, hochgradige Steigerung der tiefen Reflexe der UE. bis zu Fussklonus an multiple Sklerose denken liessen, so musste doch die plötzliche Entstehung des Leidens nach einer Gemüthsbewegung, die jeweils auf Emotion zurückführbaren Schwankungen der Intensität und Extensität der Symptome, die rein psychisch vermittelten Erscheinungen der Dysbasie und des Romberg'schen Symptoms, der blos emotionell auftretende Rigor u. s. w., dasselbe rein im Sinne von Hysterie deuten. Dazu kam der auch in der Ruhe bestehende, intentionell nur gesteigerte, 7 Oscillationen in der Secunde übersteigende Tremor.

Beob. 2.

Fräulein L. M., 20 J., wurde am 19. 3. 96 auf der Klinik aufgenommen. Sie stammt von gesunden Eltern. Eine Schwester der Kranken ist höchst nervös und mit Stottern behaftet.

Pat. hat, ausser Diphtheritis als kleines Kind und Scarlatina mit 10 Jahren, keine Infectionskrankheiten durchgemacht.

Menses mit 12 J., anfangs unregelmässig. Vom 16. bis 18. Jahr Chlorose.

Mitten in vollem Wohlsein erlitt Pat. am 16. 5. 91 einen heftigen Shok durch plötzlichen Tod des geliebten Vaters. Sie war halb bewusstlos, zitterte stundenlang am ganzen Körper, war von nun an nervös erregbar.

Im Winter 1891/92 litt sie 3 Monate lang an Parästhesie der Hände, sodass sie zu jeder feineren Verrichtung (Nähen, Knöpfen u. s. w.)

unfähig war, während Berührungs-, Temperatur- und Schmerzempfindung angeblich ganz normal waren.

Während dieser Zeit geschah es einige Male, dass, unter heftigen Schmerzen an der Ulnarseite des Vorderarms, der Kleinfinger der l. Hand in Contractur gerieth.

Mit der r. Hand richtete Pat. dann den Finger wieder gerade, womit zugleich der Schmerz schwand.

Vom September 92 ab war Pat. als Verkäuferin in einem feuchten Raume beschäftigt.

Anfang 1893 hatte Pat, anlässlich Emotionen, die ihr häufig zu Theil wurden, heftiges Zittern.

Eines Tages, anlässlich Niesen, heftiger Schwindelanfall, so dass sie zur Seite taumelte.

Am 24. 2. 93 scherzte Pat. mit einer Freundin und lief ihr nach. Plötzlich knickte ihr dabei das linke Bein ein. Die Umgebung lachte, Pat. selbst hielt den Vorfall für belanglos, allein die Schwäche des l. Beins bestand fort und dann gesellte sich eine Parästhesie in der l. Oberextremität.

Pat. wurde nun besorgt, consultirte verschiedene Aerzte. Anlässlich einer Consultation bei mir am 13. 3. 93 constatirte ich:

Spastische Parese der r. UE., zeitweiser Schüttelkrampf in derselben. l. Patellarreflex sehr gesteigert, Fussclonus. In l. OE. bedeutende Herabsetzung der groben Muskelkraft, hochgesteigerte tiefe Reflexe, Mangel der Stereognose in der l. Hand, sonst Sensibilität intact.

Classisches Intentionszittern der Bulbi, r. Pupille weiter als linke, prompte Reaction.

Hirnnerven im Uebrigen intact. Rechte OE. und UE. normal in ihren Functionen. Keine Stigmata hysteriae.

Bis Anfang 95 keine Aenderung. Neue heftige Schmerzen in der r. UE., die mit Zahnschmerz verglichen wurden. Der Schmerz sass bald im Hüftgelenk, bald im Oberschenkel, Knie, oberhalb des Sprunggelenks, häufig an mehreren Stellen zugleich; er wurde in der Tiefe empfunden und hielt viele Stunden in gleicher Intensität an derselben Stelle an.

Im Anschluss an kräftige Faradisation trat in der Nacht vom 19. zum 20. 2. 96 ein heftiger Angstzustand mit Oppressionsgefühl und stundenlangem Herzklopfen auf. Seither vermehrte Schwäche im l. Bein und Klagen über Amblyopie.

Nach fruchtlosen mehrjährigen Kurversuchen zahlreicher Aerzte (Faradisation, Galvanisation, Massage, Thermen, Kneippkur, Strychnininjectionen, Jodbehandlung, Versuchen auf hypnotisch-suggestivem Weg

eine psychische Genese der Symptome festzustellen) entschloss sich Pat. auf der Nervenabtheilung der psychiatr. Klinik Hilfe zu suchen.

Im Stat. praes. vom 19. 3. 96 erscheint Pat. in psychischer Beziehung wenig auffällig.

Mit einer ihrer Gesellschaftsklasse entsprechenden Bildung verbindet sie einen ungewöhnlich hohen Grad von Intelligenz. In ihren Gedanken meist mit ihrer Krankheit beschäftigt, verschmäht sie es spontan Klagen vorzubringen, ist jedoch dankbar für ihr bewiesene Theilnahme. Sie ist von sanguinischer Hoffnung gleichweit entfernt wie von muthloser Resignation.

Pat. ist mittelgross, von kräftiger Constitution, etwas abgemagert, vegetativ ohne Befund.

Cranium regelmässig, bis auf leichte Hinterhauptstufe, Umfang 55 cm.

Pat. ermüdet rasch geistig und klagt dann über Zerstreutheit und eingenommenen Kopf. Visus normal, Augenspiegel und Perimeteraufnahme ohne pathologischen Befund. Sowohl bei forcirtem Seitenblick, als auch anfänglich beim Fixiren, lebhaftes Intentionszittern der im Uebrigen normal functionirenden Augenmuskeln. Pat. giebt an, dass bei längerem Lesen ihr die Buchstaben verschwimmen und tanzen. Die r. Pupille viel weiter als die linke, beide prompt auf alle Reize reagirend. Der Skleral-, Würge- und Schluckreflex fehlen, der Nasen- und Ohrenreflex sehr herabgesetzt. Sonst keine auf Hysterie hindeutende Erscheinungen. Die Hirnnerven im Uebrigen normal in ihren Functionen.

Die r. OE. ist intact in allen ihren Leistungen. An der l. OE. ist das Volumen um 1.5 cm allenthalben geringer als r. (Pat. ist Rechtshänderin.) Die Eigenwärme ist in der l. Axilla constant um 0.15—0.35° geringer, als rechts. Alle Einzelbewegungen sind in der l. OE. möglich. Sie erfolgen aber kraftlos.

Ganz besonders deutlich ist eine Insufficienz im l. Cucullaris, der auch etwas atrophisch ist.

Index und Kleinfinger sind in der Grundphalanx meist in Hyperextension und gerathen bei Intention in Extensionscontractur. Diathèse de contracture, gesteigerte mechanische Erregbarkeit der motorischen Nerven sind nicht vorhanden.

Der Muskeltonus ist im Bereich der l. OE. sehr herabgesetzt, die tiefen Reflexe sind sehr gesteigert, oft gelingt Handklonus. Rigor bei passiven Bewegungen besteht nicht.

Die l. Hand ist ungeschickt in ihren Bewegungen, greift neben das Ziel (Ataxie). Diese Störung nimmt bei verschlossenen Augen erheblich zu. Die cutane Sensibilität ist in allen ihren Qualitäten intact, die

tiefe Sensibilität ist im l. Schultergelenk herabgesetzt, in den anderen Gelenken aufgehoben. Das Bewusstsein passiver Bewegung und die Lagevorstellung fehlen im Bereich der l. OE. Die Stereognose ist sehr gestört.

An der l. UE. ist der Muskeltonus herabgesetzt, die grobe Muskelkraft allenthalben erheblich vermindert. Patellar- und Fussclonus ist jederzeit leicht zu erzielen.

Es besteht eine Volumsabnahme im Gebiet der Mm. glutaei und der Oberschenkelmuskeln. Der Umfang ist 15 cm unter dem oberen Patellarrande l. 43, r. 47 cm. Der grösste Unterschenkelumfang ist r. und l. 35 cm. Die electrische Untersuchung ergiebt sowohl in den UE. als auch OE. durchaus normale Verhältnisse. Fibrilläre Contractionen kommen nicht zur Beobachtung.

Es besteht eine leichte Parese im Peroneusgebiet. Beim Gehen, wie auch bei Zielbewegungen in liegender Position zeigt sich Ataxie.

Die cutane Sensibilität ist intact, der Plantarreflex erhalten. Die tiefe Sensibilität ist herabgesetzt im Hüft- und Kniegelenk, aufgehoben in Fuss- und Zehengelenken.

Die r. UE. ist motorisch intact, jedoch Patellar- und Fussklonus angedeutet.

Die cutane Sensibiltät ist erheblich gestört. Es findet sich überall im Bereich der r. UE. Hypästhesie, Hypalgesie, thermische Anästhesie und zwar über r. Bauch- und Thoraxhälfte herauf, in der Mittellinie genau abschneidend, bis zur Mammahöhe.

Dabei bestehen continuirlich dumpfe, ziemlich heftige Schmerzen in der r. UE. und ist die Gegend des Trochanter major druckempfindlich. Die tiefe Sensibilität ist unversehrt.

Pat. verweilte an der Klinik bis zum 26. 6. 96. Gymnastik, Suggestivbehandlung versagte. Die Schmerzen in der r. UE. schwanden auf Suspensionsbehandlung. Am Stat. änderte sich nichts, bis auf eine vom Mai ab an der Volarfläche der Finger und der Hände beiderseits aufgetretene und ringförmig 4 cm über den Handgelenken abschliessende tactile Hypästhesie. Desgleichen fand sich eine von den Zehen beginnende, bis zum unteren Drittel des Unterschenkels am r. Fuss heraufreichende ringförmig abschliessende Herabsetzung der Tastempfindung.

Am 13. 10. 96 liess sich Pat. zum zweiten Mal aufnehmen. Im Stat. ist keine Veränderung aufgetreten, bis auf Hinzukommen algetischer Hypästhesie und von Störungen der Thermästhesie zur tactilen Hypästhesie am r. Fuss und am unteren Drittel des Unterschenkels, wo „warm“ nur als Berührung, „kalt“ schmerzhaft empfunden wird. Von da aufwärts, in abnehmender Intensität, erstreckt sich über r. Bein und r. Rumpf-

hälfte bis zur Mammarhöhe eine Zone leicht gestörter Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit.

Die l. Dystrophie ist unverändert, die elektrische Reaction nach wie vor normal. Sprachstörung und Intentionszittern der Extremitäten fehlen nach wie vor.

Bei der klinischen Vorstellung der Kranken wurde die functionelle (hysterische) Bedeutung des Falles erörtert, die Wahrscheinlichkeit betont, dass alle von der Pat. gebotenen Störungen nicht organischer Natur seien, gleichwohl aber die Möglichkeit offen gelassen, dass es sich hier um eine Complication von hysterischer Neurose mit organischer Erkrankung handle. Im Sinne einer solchen konnte nur an multiple Sklerose und an Syringomyelie gedacht werden.

Zu Gunsten der ersteren Krankheit sprach nur der Nystagmus, Gegen Syringomyelie die Steigerung der tiefen Reflexe in der l. OE., die auf die l. OE. beschränkte, stationäre, nur proximal vorhandene, distal sich verlierende Muskelatrophie mit Fehlen fibrillärer Zuckungen und normalem elektrischem Befund.

Diese Atrophie liess sich im Sinne neuerer Forschungen auch als hysterisch bedingte ansprechen. Bestimmt musste Hysterie für die eigenartigen Sensibilitätsstörungen, speciell die der tiefen Sensibilität angenommen werden.

Pat. verweilte den Winter über auf der Klinik. Subjectiv keine Aenderung des Befindens, zeitweise Klagen über diffusen Kopfschmerz, unangenehme Sensationen im r. Hüft- und Kniegelenk.

Ein Ende Februar 97 aufgenommener Stat. praes. ergiebt Folgendes:

Augenspiegel, Perimeter, Sehschärfe normal. Nystagmus bei forcirter Seitwärtsbewegung fast ausschliesslich in verticaler Richtung, bei Bewegungen nach oben und unten bedeutend abnehmend. Alle Augenmuskelleistungen vollkommen sufficient, auch bei Convergenz bis in die allergrösste Nähe. Nie Diplopie.

Der beim Blick in die Ferne stets vorhandene Nystagmus schwindet bei Annäherung des Fixationsobjects auf 30 cm und darunter, jedoch nur bei Fixation eines Punktes in der Mittellinie. Pupillen wie früher, normale Reaction.

Andeutung von Hippus. Farbensinn ungestört. Gaumen- und Rachenreflex schwach, aber vorhanden.

Im Uebrigen alle Hirnnerven-Functionen normal. Wirbelsäule nicht deformirt, auch nicht druckempfindlich.

OE. Das Volumen des l. Oberarms nur um 0,5, am l. Vorderarm nur um 1 cm geringer als r., somit bei Pat. (Rechtshänderin) noch als physiologisch zu betrachten. Muskulatur von gutem Tonus.

In r. OE. volle Muskelkraft, in l. OE. Amyosthenie (r. Dynamometer 12,5, l. 9—10 beim Händedruck).

Active Streckung im l. Ellbogen- und l. Handgelenk ist erschwert durch eine dabei auftretende Spannung in den Antagonisten, die aber vollkommen überwunden wird. Auch das Spreizen der Finger und die Opposition von Daumen und Kleinfinger ist durch hemmende Spannungen erschwert. Bei passiver Bewegung finden sich im l. Ellbogengelenk flüchtige und wechselnde Spannungswiderstände bald in den Streckern, bald in den Beugern. Constant findet sich eine Spannung in den Fingerbeugern bei Dorsalflexion der Hand. Wird dieser Versuch rasch ausgeführt, so entsteht kurzer Klonus des 2.—5. Fingers unter begleitendem Klonus des gar nicht berührten Daumens. Alle Spannungen sind leicht und schmerzlos zu überwinden. Sämmtliche tiefe Reflexe sind in der l. OE. sehr gesteigert.

Intentionstremor besteht nicht. Bei offenen Augen erreicht der l. Zeigefinger, unter groben Schwankungen und sichtlich gestört durch Spannungsvorgänge der Muskeln, langsam die Nasenspitze. Bei geschlossenen Augen wird das Ziel grob verfehlt.

UE. Das Volumen der l. UE. ist gegenüber der r. am Oberschenkel um 2, am Unterschenkel um 1,5 cm allseitig reducirt. Der Gang ist breitspurig, stark schwankend, mit unregelmässigen kleinen Schritten. Mit geschlossenen Füssen, aufwärts gerichtetem Blick oder gar geschlossenen Augen wird das statische Gleichgewicht nicht behauptet. Schleudernde Ataxie besteht nicht.

Auch an der l. UE. ist der Muskeltonus ein guter, aber es besteht Amyosthenie, besonders in den Hüft- und Kniebeugern, sowie in den Dorsalflexoren des Fusses.

Alle activen Bewegungen sind auch links in vollem Ausmass möglich, aber Zielbewegungen finden stark schwankend und unter Verfehlen des Ziels statt. Diese letzteren Erscheinungen sind auch rechts angedeutet (Ataxie): beiderseits besteht Andeutung von Patellarklonus und constant Fussklonus. Fussohlenreflex beiderseits vorhanden. Beim Sitzen ist das Aequilibrium nicht gestört. Rumpfmuskulatur ohne Befund. Störungen der cutanen Sensibilität finden sich nur mehr in r. UE. und r. Stammhälfte.

Tactile und algetische Hypästhesie besteht von den Zehen der r. UE. ausgesprochen bis zur Beckenhöhe streng halbseitig, reicht von da, immer mehr abnehmend und sich unmerklich verlierend, vorne bis zur Höhe der 6. Rippe, hinten bis zum Angulus scapulae.

Bezüglich der Wärmeempfindung wird constatirt, dass auf der r. Körperhälfte aufwärts bis zur 7. Rippe Eprouvetten, mit 60° C warmem

Wasser gefüllt, nur Berührungsempfindung vermitteln; hinten ist die Grenze der Angulus scapulae.

Von da aufwärts bis zum Nacken, vorne bis zur Höhe der Clavicula besteht einfach Hypästhesie für Wärmereiz.

Das Gebiet gestörter Kälteempfindung deckt sich wesentlich mit dem obigen Gebiet, jedoch findet sich insofern eine Nuance, als Eprouvette mit Eis r. vorne bis zur Mitte des Oberschenkels, hinten bis zur Glutealfalte aufwärts nur als Berührung, von da ab vorne bis zum Nabel, hinten bis zum Darmbeinkamm aufwärts nur als heftiger Schmerz empfunden wird. Weiter aufwärts im Rayon der tactilen und algetischen Hypästhesie besteht auch thermische für beide Reize.

An allen übrigen Körperstellen erweist sich die cutane Sensibilität vollkommen normal.

Was die tiefe Sensibilität betrifft, so werden passive Gelenkbewegungen von geringer Excursion, die aber physiologisch noch sicher erkennbar sind, an der r. OE. nicht percipirt.

Dasselbe gilt für feine Gelenkbewegungen der r. Zehen. Im Uebrigen werden solche feine Bewegungen rechts allenthalben wahrgenommen.

An l. OE. werden nur im Schultergelenk grobe Bewegungen wahrgenommen, aber nicht unterschieden. An l. UE. fehlt jegliche Perception passiver Bewegung.

Die Lagevorstellung der l. Extremitäten ist schwer gestört, rechts intact.

Ein Schwanken der Symptome durch psychische Beeinflussung tritt im Laufe der Beobachtung nie zu Tage.

Die Sphincteren sind ungestört. Fibrilläre Muskelzuckungen sind nie zu bemerken. Psychisch bietet Pat. nicht das geringste Auffällige. Sie ist ruhig, gleichmüthig, resignirt, fern von jeder Tendenz zur Uebertreibung oder zur Klaghaftigkeit. Somatische Stigmata Hysteriae werden andauernd vermisst.

Eine energische tägliche faradische Durchströmung der ihrer tiefen Sensibilität verlustigen Gelenke der l. UE. hatte einigen Erfolg, insofern gröbere passive Bewegungen wieder zur Perception gelangten und das Gehen sicherer wurde. Pat. begnügte sich mit dieser Besserung und verliess, im Uebrigen im Status quo ante, am 18. Mai 97 die Klinik.

Beob. 3.

R., 28 J., Tischler, aufg. 11. 3. 95. Ascendenz nicht zu eruiren, war gesund bis auf Typhus und Erysipel mit 16 J., hatte nie Lues, soll Potator gewesen sein.

1887 als Militär, Splitterfractur an r. Tibia. Protrahirte Heilung. Seit der Heilung von der Narbe zeitweise zum r. Knie ausstrahlende

Schmerzen. 1890, unter Zunahme solcher Schmerzen, Parese, Anästhesie und Versteifung im r. UE. Temporäre Besserung in einer Therme.

Seit 1892, anlässlich Schmerzen in r. UE., auch solche in r. OE. und Parästhesien, die Pat. mit dem Gefühl des Elektrisirtwerdens verglich.

Seit 1894 zeitweise secundenlange Schwindelanfälle mit Schwarzwerden vor den Augen, auraartig eingeleitet mit einem von der Narbe am r. Fuss bis zum Occiput ausstrahlenden Schwarz. 1892 will Pat. längere Zeit an Diplopie gelitten haben. Seit dem Auftreten der Schwindelanfälle ist er psychisch sehr erregter geworden.

Stat. Mitte März 1895: Pat. mittelgross, kräftig, Schädel normal. Vegetative Organe ohne Befund.

Concentrische Einengung des Sehfelds beiderseits. Abblassung beider Papillen, die auf Alkoholmissbrauch zurückgeführt wird. An beiden Augen Insufficienz des M. externus.

Insufficienz des M. int. dexter und des Ext. sin. beim Blick nach links (associative Insufficienz). Beim Sehen nach r. und l. Nystagmus. Amyosthenie der r. OE., tiefe Reflexe in dieser Extremität gesteigert. Ameisenlaufen in der ganzen r. OE., in der l. bis zum Ellbogen hinauf.

In beiden OE. bis zur Höhe des Ellbogengelenks herauf cutane Hypästhesie und Hypalgesie bei intacter Temperaturempfindung und tiefer Sensibilität. Die gleiche Störung auf der r. Thoraxhälfte.

In r. UE. Amyosthenie, Andeutung von Ataxie, Hypästhesie, Hypalgesie, thermische Anästhesie, gestörtes Muskelgefühl und Lagebewusstsein. Patellarreflex gesteigert, r. mehr als l., l. UE. im Uebrigen ohne Befund. Nirgends Atrophie.

Gang taumelnd. Die r. UE. wird langsam und steif mit supinirtem Fuss aufgesetzt. Bei geschlossenen Augen droht Pat. nach rechts umzusinken.

Pat. verweilte 2 Monate im Spital, wurde elektrisirt, erfuhr eine mässige Besserung, die in Trenczin sich noch weiter steigerte.

Im November 95, unter allgemeinem Unwohlsein, Schmerz in der r. UE., Globus, bedeutende Verschlechterung des Gehens bis zu temporärer Paraparese, mit Gefühl von Vertaubung in der UE., die Pat. am 18. 3. 96 der Spitalsbehandlung zuführte.

Stat.: geringe conc. Einschränkung des Gesichtsfelds auf beiden Augen (nach aussen um 20°, nach innen um 10°, nach oben und unten um 10 resp. 20°).

Sehschärfe etwas herabgesetzt (Jäger beiderseits 5—6, Finger werden auf 6 m Entfernung ziemlich gut gezählt). Beiderseits Abblassung der

temporalen Papillenhälften. Der l. m. rect. int. ist bei Convergenz insufficient, nicht aber bei associirter Bewegung mit dem r. ext. Beiderseits Nystagmus horizontalis. Rasche Ermüdung beim Sehen, unter Eintritt von Nebel und Mouches volantes. Hirnnervengebiet sonst frei, bis auf leicht behinderte, aber nicht skandirende Sprache.

In den OE. bei Greifbewegungen ein dem Intentionszittern ähnlicher Tremor, aber in Auftreten und Intensität sehr wandelbar und zeitweise auch in Ruhe bemerklich. In r. OE. tiefe Reflexe gesteigert. Sonst kein Befund.

In den UE. nirgends trophische oder vasomotorische Störungen. Amyosthenie, auffallend geringe und ungeschickte Innervation.

Tiefe Reflexe gesteigert, kein Fussclonus. Muskeltonus etwas herabgesetzt. Gang schwankend, vorsichtig, deutlich psychisch beeinflusst durch beständige Angst zu fallen.

Beim Augenschluss Umfallen nach rückwärts. Sensibilität intact, bis auf Herabsetzung der tiefen Sensibilität in den Zehengelenken, Klagen über Schmerzen in allen Gelenken, die auch als Ursache der Gehstörung angegeben werden. An der r. Patella (oberer und innerer Rand) Druckschmerzpunkte.

Zu Gunsten von multipler Sclerose sprach die frühere Diplopie, der Nystagmus, die temporale Abblassung der Papillen, die Amblyopie, die Andeutung von Intentionszittern im Stat. praesens.

Die nicht zu Atrophie fortschreitende Abblassung konnte mit Potus in Beziehung stehen, desgleichen die Amblyopie.

Für Hysterie sprachen die traumatische Genese (traumatische Neurose), die conc. Sehfeldeinschränkung, die associative Augenmuskelparese, die segmentären und dissociirten Empfindungsstörungen, die Art des Tremor, die Arthralgien mit Schmerzpunkten, die äusserst wechselnde und deutlich psychisch bedingte Gangstörung u. s. w., sodass, trotz des Fehlens von weiteren Stigmata hysteriae und monosymptomatischer Bedeutung des Falles, die Diagnose auf Hysterie (traumatische Neurose) gestellt werden musste.

Das Krankheitsbild änderte sich nicht in mehrwöchentlicher Spitalbeobachtung.

Beob. 4.

R., 27 J., Fleischhauer, stammt angeblich von geistes- und nervengesunden Eltern. Er hat eine krampfkranke, wahrscheinlich hysterische Schwester und leidet seit der Kindheit an Migräne.

Mit 2 J. machte er Diphtheritis, mit 17 J. Varicellen durch. Nie Lues. Seit dem 14. J. Potator strenuus, in den letzten Jahren Consum von bis 10 Liter Bier und Wein täglich, auch reichlich Thee mit Rum

In der Militärzeit viel Strapazen, im Beruf später viel Erkältungen (Eiskeller).

Beginn jetziger Krankheit, angeblich nach heftiger Erkältung, im August 1892.

Pat. erwachte Nachts mit einem Schüttelfrost und Sprachunfähigkeit. Der Mund soll schief nach l. verzogen gewesen sein, er habe ihn nur auf der r. Seite öffnen können. Die Zunge sei nach l. abgewichen (gekreuzter Zungenlippenkrampf?) Pat. liess sich in ein Spital aufnehmen, sah dort andere Patienten mit Lähmungen, emotionirte sich darüber und bekam am 6. Tage seines Spitalsaufenthaltes eine binnen drei Tagen sich entwickelnde schlaffe Lähmung der r. OE. und UE., die nach 14 Tagen vollkommen schwand. Er verliess das Spital, bekam bei einem Zechgelage im Wirthshaus plötzlich die Sprache wieder und befand sich wieder wohl.

Zwei Monate später bekam er Schmerzen in der r. Schulter, zugleich mit Parese in den Muskeln dieses Gelenks, die nach einigen Tagen wieder geschwunden war.

Vom 28. 12. 93 bis 9. 1. 94 lag Pat. auf einer Augenabtheilung wegen Neuritis retrobulbaris oculi dextri. Er war acut erkrankt mit Schmerzhaftigkeit des r. Bulbus, Stirn-, Kopfschmerz, Nebel vor dem Auge, Mouches volantes. Die Papille erschien nasal verwaschen. Bei der Entlassung war das Sehvermögen wieder normal.

Seither häufig Schwindel, Kopfweh, gestörter Schlaf, Tremores, im Frühjahr 95 r. Amblyopie, im Herbst des gleichen Jahres auch l., Erscheinungen, die auf Alkoholismus bezogen wurden.

Im Juni 95 begann Zittern in beiden UE. und Schwäche in der r.

Wegen Zunahme dieser Beschwerden liess sich Pat. im Januar 96 auf der Nervenklinik aufnehmen.

Stat.: Cranium rachiticum, Cl. 59 cm.

Pupillen normal, Abblassung der Papillen, mit leichter Verschleierung ihrer Grenzen, l. nur an der äusseren Papillenhälfte. Visus Snellen r. $\frac{6}{18}$ l. $\frac{6}{12}$. Bei extremer Seitenbewegung Andeutung von Nystagmus, aber nur zeitweise. Sonst Hirnnerven intact.

An den OE. Motilität normal, bis auf temporär auftretendes, nur nahe dem Ziel bemerkbares, grobwelliges, äusserst unregelmässiges Intentionszittern. Tiefe Reflexe lebhaft. Sensibilität normal.

An den UE. minimale Amyosthenie, bedeutende Steigerung der tiefen Reflexe, r. und l. Fussklonus, Sensibilität normal, Romberg angedeutet. Gang weder spastisch noch paretisch, aber Andeutung von Fersengang und leichte Ataxie, die aber in Bettlage nicht nachweisbar ist.

Pat. erfuhr unter Hydro- und Electrotherapie eine Besserung seines Befindens.

Stigmata hysteriae waren in mehrwöchentlicher Beobachtung nicht nachweisbar. Die Diagnose wurde auf Hysterie und Alkoholismus chron. gestellt und der an Sclerosis multiplex erinnernde ophthalmoscopische Befund im Sinne von Residuen einer Neuritis retrobulbaris ex abusu alkohol. gedeutet.

Beob. 5. (Souques étude des syndromes hystériques, p. 16.)

D., 49 J., Schmied, aufg. 27. 7. 90, aus schwer belasteter Familie, als Kind schwächlich, aber gesund, nie luetisch gewesen, kein Trinker, war durch den Verlust seiner Frau, sonstigen Kummer und berufliche Ueberanstrengung seit Jahren hysteroneurasthenisch geworden.

Im März 87 bei der Arbeit apoplectiformer Anfall. Nach 40 Minuten zu sich gekommen, r. Hemiplegie mit Aphasie. Nach 5 Monaten wieder arbeitsfähig, aber r. amyosthenisch und Sprache noch leicht gestört.

Anfang 89 Kopfweh, Verstimmung, Schwindelanfälle, Zittern, allmälige r. Amaurose.

Stat. Juli 90: Bradyphasische, skandirend stotternde Sprachstörung. Beim Aufstehen allgemeiner Tremor, Schwanken, mit Steigerung dieser zwei Symptome beim Augenschluss. In der Ruhe kein Zittern. Das Intentionszittern der Hände, nahe dem Ziele gesteigert, durch Anstrengung und Emotion vermehrt, rhythmisch, 6—7 Mal per Secunde, ist klassisch. R. Hemiplegie exclus. Facialis. Contractur der r. Zunge mit Abweichen nach l., Intentionszittern von Zunge und Unterkiefer. Patellarreflex r. vermindert. Anlässlich Emotion Schwindelanfälle mit Globus, Sprechunfähigkeit, zuweilen solche Anfälle mit Bewusstlosigkeit. R. Hemianästhesie mit Betheiligung von Sinnesorganen. R. Amaurose, l. concentr. Schfeldeinschränkung, Dyschromatopsie. Fundus ophthalmoscopisch normal. Kein Nystagmus. Hysterogene Zonen am l. Hoden und l. Hüfte.

Besserung im Spital. Das durch vorwiegende Localisation im Läsionsgebiet, rhythmischen Character, die Frequenz der bei Sklerose beobachteten Oscillationen übersteigende, wandelbare Intentionszittern schwand gänzlich.

Beob. 6. (Souques op. cit. p. 31.)

D., 38 J., Dachdecker, aufg. 24. 6. 90, hat 1869 an Sumpffieber gelitten, vor 3 J. Lues acquirirt. Vor 1 J. apoplectischer Insult mit l. Hemiplegie, Sprachstörung, Trübsehen, angeblich Nystagmus. Besserung. Am 1. 6. beim Erwachen Zittern, Schwindel, Betäubung, Kopfweh, vermehrte Sprachstörung. Bei der Aufnahme Gang schwankend wie der eines Betrunkenen, klassisches Intentionszittern, l. schlaffe Hemiparese. Patellarreflex r. schwach, l. erloschen.

L. sensitivosensorielle Hemianästhesie, skandirende Sprache, tremulirende Stimme, Kopfweh, Betäubung, Schstörung. Dieulafoy (Hospital Necker) stellte die hysterische Bedeutung des Falles fest. In zwei anderen Spitälern hatte man multiple Sklerose diagnosticirt.

Weitere Fälle: Souques, op. cit. p. 26, 31, 43; Charcot, Progrès médical 1888, Sept.; Bristowe, Diseases of the nervous system, London 1888; Rendu, Gaz. des hôpit. 1890. Nr. 66; Westphal, Archiv f. Psych. XIV, 1; Rendu, Bullet. et mém. de la société méd. des hôp. 1889, p. 181; Edge, The lancet. 1888, Sept.; Magnin, Brain 1888, p. 71; Wagner, Berlin. klin. Wochenschr. 1889, p. 519; Rolland, Journal de méd. de Bordeaux, 1889; Langer, Wien. med. Presse, 1884; Babinski, Thèse inaugurale, Paris

1885; Killian, Dissertat. Strassburg 1878. Francotte, Annal. de la soc. méd. chirur. de Liège 1887.

Die klinische Erfahrung lehrt, dass Verwechslung von Hysterie mit multipler Sklerose kein seltenes Vorkommen ist. Nur eine genaue Beobachtung und Anamnese vermag nach Umständen zur richtigen Diagnose gelangen. Anamnestisch wäre auf Ausbruch der Krankheit vor dem 40. Lebensjahre, im Anschluss an refrigeratorische Schädlichkeiten und acute Infectionskrankheiten Gewicht im Sinne einer Sklerose zu legen. Erkrankung nach einer Gemüthsbewegung muss Präsumptionen zu Gunsten hysterischer Bedeutung des Falles erwecken.

Apoplectiformes Einsetzen der Krankheit mit oder ohne Mono- oder Hemiplegie, Erbrechen, Kopfweh, Schwindel kommt in beiden Krankheiten vor.

Die Kriterien, welche für eine hysterische „Apoplexie" sprechen, habe ich p. 58, die Unterschiede von functioneller und organischer Hemiplegie p. 57 besprochen.

Auch der jähe Wechsel der Symptome, das plötzliche Einsetzen und Zurücktreten von Krankheitserscheinungen findet sich bei Sklerose und bei Hysterie, bei letzterer aber bei genauem Zusehen in Abhängigkeit von psychischen Einflüssen.

Aber auch eine Reihe von Einzelsymptomen findet sich bei beiden Krankheiten vor, jedoch ergaben sich bei genauerem Eingehen Nuancen, die zur Differenzirung führen können.

Mit Recht macht die Schule der Salpêtrière geltend, dass das hysterische Intentionszittern auch im Zustand der Ruhe erkennbar ist, dass Intention nur seine Oscillationsamplitude, nicht aber seine Frequenz vermehrt. Ueberdies ist es in Intensität und Extensität sehr wechselnd, oft intermittirend, rhythmisch und von seelischen Einflüssen noch viel stärker beeinflusst, als bei der Sklerose.

Die hysterische Sprachstörung ist viel mehr Stottern, als Skandiren, sehr wandelbar, emotionell hochgesteigert, bis zum temporären Versagen der Sprache.

Der vielfach bei Hysterie geläugnete Nystagmus kommt bei dieser Krankheit vor. Auch hier können sich Paradoxien zeigen, wie z. B. in meinem Fall 2, wo es sich um Nystagmus verticalis handelte.

Dauernde Störungen der cutanen Sensibilität fand ich nie bei Sklerose vor, nur flüchtige, gering ausgeprägte und meist im Anschluss an neue Insulte und Vorstösse der Krankheit. Dauernde Störungen der tiefen Sensibilität werden beobachtet (Freund), aber ich fand sie immer nur an den distalen Enden der Extremitäten.

Paradoxes Fussphänomen (Westphal) habe ich nur bei Hysterischen

vorgefunden, nie bei Sklerose. Differentiell diagnostisch entscheidend zu Gunsten von Sklerose sind positive Augenspiegel (Uhthoff u. A.), besonders die temporale Abblassung der Papille bis zur partiellen Atrophie. Dieser Befund kommt aber der Sklerose nicht ausschliesslich zu und bedarf reiflicher Erwägung, um Verwerthung zu finden. In Beob. 3 und 4, die wohl Jedermann der Hysterie zuzählen wird, findet er sich als Complication des neurotischen Bildes, in 3 wahrscheinlich, in 4 sicher auf Alkoholmissbrauch zurückführbar. Es muss aber noch daran erinnert werden, dass Jäger immer darauf hingewiesen hat, dass die Hysterischen sehr blasse Papillen haben, was er auf einen Gefässkrampf in der Retina deutete. Jedenfalls kann blosse Abblassung der Papillen nicht auf einen organischen Process zurückgeführt werden, sondern nur Atrophie derselben.

Die Sehstörungen bei Sklerose zeigen zwar auch ein wechselndes Bild, aber nicht so wie bei Hysterie, die brüsk Amaurose herbeiführen kann. Centrales Skotom scheint nur der Sklerose zuzukommen. Einengung des Sehfelds ist bei Hysterie immer concentrisch, bei Sklerose in unregelmässiger Form. Nicht selten geschieht es, dass Sklerose für Hysterie gehalten wird. Charcot und Marie haben nachgewiesen, dass beide Krankheiten sich oft combiniren, was bei der grossen Häufigkeit beider nicht auffallen kann. Leicht geschieht es dann, dass bei der grossen Fülle von hysterischen Symptomen auch der durch Sklerose vermittelte Rest der Hysterie zugeschrieben wird. Hier ist grosse Vorsicht geboten. Es mag Fälle geben, wo nur die Untersuchung mit dem Augenspiegel die verschleierte organische Krankheit enthüllt, indem er Atrophie nachweist.

Vortäuschung von Tabes dorsalis.

Beob. 1.

J., Marie, Näherin, 21 J., ledig, wurde am 5. 1. 95 auf der Klinik aufgenommen.

Hereditäre und acquirirte Lues können bestimmt ausgeschlossen werden. Die Mutter leidet an constitutioneller simpler Migräne, Pat. desgleichen seit ihrem 13. Lebensjahr.

Erste Menses mit 16 J. Nach halbjährigem Bestehen setzten dieselben Jahre lang aus.

Mit 15 J. begann Pat. an zeitweise wiederkehrendem Cystospasmus, sowie an temporärer relativer Incontinentia urinae et alvi zu leiden.

Seit der Pubertät grosse Erregbarkeit, Emotivität, oft grundloses Weinen, im Affect Globus.

Seit dem 16. Jahre bemerkte Pat., dass, wenn sie die Füsse herabhängen liess, sodass die Fussspitze den Boden berührte, Zittern der Beine (Trepidation spinale) eintrat, auch fühlte sie Unsicherheit im Gehen, besonders auf schlüpfrigem Boden.

Im 19. Jahr (Januar 1890), während eines Migräneanfalles und im Anschluss an eine heftige Gemüthsbewegung, bemerkte Pat., als sie sich aus dem Bett erheben wollte, Ameisenkriechen, Zittern, Schwäche, Gebrauchsunfähigkeit der UE. Sie lag nun 8 Tage angeblich paraplegisch zu Bett. Dann war sie wieder leidlich gehfähig, aber schwach, unsicher auf den Beinen, in den Knieen einknickend, überaus rasch ermüdend. Dabei Kriebeln in den Beinen von den Knieen abwärts. Besonders schwer fiel ihr das Gehen Nachts im dunklen Zimmer.

Nach zweimonatlicher elektrischer Behandlung vermochte Pat. wieder ohne Stütze zu gehen, jedoch fiel sie öfter.

Im Juli, 1894 nach Gemüthsbewegung, bedeutende Verschlechterung des Gehens, d. h. Zunahme von Ataxie, Amyosthenie und anfänglich beim Gehact Versteifung im Hüft- und Kniegelenk.

Seit October 1894 bemerkte Pat. auch Ungeschicklichkeit bei feineren Manipulationen. Die Nadel fiel ihr öfters aus der Hand, wenn

Pat. nach der Seite blickte; sie musste beständig Acht geben und kam mit der Arbeit nicht so flink vorwärts.

Vorübergehend leichter Schmerz in der oberen Wirbelsäule. Cessatio mensium seit September 1894.

Neuerlich wurde das Gehen so schlecht, dass Pat. beständig an Thürstöcke und Möbel anstiess, sodass sie blaue Flecke davontrug.

Stat. praes. 7. 1. 95.

Pat. mittelkräftig, gut genährt, ohne vegetative Störungen. Schädel mit querer Einsattelung. Cf. 54 cm.

Bei extremer Seitwärtsbewegung Intentionstremor der Bulbi. Die Papillen reagiren normal und zeigen continuirlich Hippus. Gesichtsfeld beiderseits leicht concentrisch eingeschränkt, keine Dychromatopsie, geringe Amblyopie auf l. Auge, Fundus normal. Im Uebrigen von Seiten der Hirnnerven keine Störung.

An den OE. keine Amyosthenie, kein Rigor. Spur von Intentionszittern; in der Ruhe kein Tremor, keine Ataxie, auch nicht bei verbundenen Augen. Tiefe Reflexe erheblich gesteigert.

UE. unsicherer schwankender, oft nach r. übertaumelnder Gang. Grosse statische Ataxie, verstärkt durch Augenschluss bis zum Umfallen. Auch beim Stehen mit geschlossenen Augen starkes Schwanken.

Grobe Muskelkraft, bis auf geringe Amyosthenie in den Muskeln der Fussgelenke, gut.

Sowohl locomotorisch als bei Bewegungen im Bett zeigt sich Ataxie in den UE.

Rigor besteht weder bei passiver noch activer Bewegung. Die tiefen Reflexe sind hochgesteigert bis zu Fussklonus, der Plantarreflex ist lebhaft, die cutane und tiefe Sensibilität intact, gleichwie auch an den übrigen Körpertheilen. Die ganze Wirbelsäule, das Sternum und die untere Hälfte des Abdomen sind sehr druckempfindlich.

Die Störung der Statik und der Lokomotion wechselt in der folgenden Beobachtungszeit überaus. An manchen Tagen repräsentirt Pat. mehr das Bild einer Tabes, an anderen das einer Friedreichschen Ataxie. Sie schwankt dann hochgradig beim Gehen, kann ohne auf die Füsse zu sehen überhaupt nicht gehen, nicht einmal mit geschlossenen Füssen stehen und fällt dann regelmässig nach r. über. Auch in liegender oder sitzender Position, z. B. beim Nachfahren einer geometrischen Figur, besteht erhebliche Ataxie. Gleichwohl ist Pat. im Stande, ziemlich sicher Springbewegungen zu leisten. An manchen Tagen findet der r. Zeigefinger bei geschlossenen Augen den l. nicht.

Am 18. 1. ergänzt Pat. ihre anamnestischen Mittheilungen dahin, dass ihr Leiden durch getäuschte Liebeshoffnungen entstanden sei und

dass dazu viel ein an ihr gegen ihren Willen vollzogener Coitus beigetragen habe. Die Erinnerung an diese Vergewaltigung sei eine sehr lebhafte und mit Ekel verbundene.

Nach diesen der Abgleichung eines lange bestehenden Affectes entsprechenden Mittheilungen und unter bezüglichen Wachsuggestionen ist am 19. 1. die Ataxie verschwunden, aber auch Fussklonus nicht mehr hervorzurufen. Der am 28. 1. erfolgte Tod einer Schwester ruft die Ataxie wieder hervor. Seither wechselndes Verhalten. Auch in Stunden, wo Pat., sich selbst überlassen, starke, besonders statische Ataxie zeigt, lässt sich dieselbe durch entsprechende Wachsuggestionen unterdrücken.

Am 15. 2. 95 rudimentärer hysterischer Insult (Streckkrampf der OE. und UE. mit leichter Bewusstseinstrübung).

Unter Gymnastik und Wachsuggestionen allmäliges Schwinden aller motorischen Störungen. Genesen entlassen am 9. 3. 95.

Eine neuerliche Untersuchung im August 1896 constatirt Fehlen aller objectiven Symptome. Pat. klagt aber, dass sie nach längerem Gehen sich unsicher fühle.

Beob. 2.

K., 31 J., Hilfsarbeiter, stammt aus unbelasteter Familie, war bis zum 21. Jahr ganz gesund, machte mit 21 J. zuerst Variola, dann Diphtheritis durch.

Er war mässiger Weinpotator, starker Raucher, hatte viel in Venere excedirt, war, bis auf Gonorrhoe (1887) von venerischen Erkrankungen bisher verschont geblieben.

Im Juni 1889, mit 26 J., erkrankte Pat. ohne auffindbare Ursache an Schmerzen beiderseits im Cruralisgebiet, die in Intervallen von 1—5 Tagen auftraten, bis zu 2 Tagen andauerten und der Beschreibung nach ein durchaus lancinirendes Gepräge hatten. Während dieser Schmerzanfälle bestand Harnverhaltung, die jeweils die Anwendung des Katheters nöthig machte. In schmerzfreier Zeit war die Function der Blase normal.

Anfang 1890 stellte sich unsicherer Gang ein. Er schwankte, war oft in Gefahr zu stürzen, getraute sich ohne Stock nicht mehr auszugehen, war sehr unsicher beim Treppensteigen; diese Beschwerden waren sehr vermehrt im Dunkeln. Im Juli kam es zu asthenopischen Erscheinungen — die Buchstaben wurden beim Lesen undeutlich, verschwommen.

Vom 3. 10. 90—5. 3. 91 verweilte Pat. wegen einer Pleuritis im Spital. Aus dem damaligen Protocoll ergiebt sich Folgendes: R. Abducens paretisch, im äusseren Sehfeld Doppelbilder, Lichtreaction der Pupillen träge.

Eine anästhetische Stelle (s. u.) auf der Mitte der Stirne; r. Facialis etwas paretisch, die Zunge beim Vorstrecken nach links abweichend. Der Proc. spinosus des 11., 12. Dorsal- und 1. Lumbarwirbels druckempfindlich. Blitzartiges Zucken der Muskulatur der Oberschenkel. Die motorische Kraft in den UE. herabgesetzt, r. stärker als links.

Ataxie der OE. und UE., im Dunklen bedeutend vermehrt. Romberg positiv. Am äusseren Rande der r. Wade unterhalb dem Kniegelenk eine 10 cm lange, 5 cm breite, scharf abgegrenzte anästhetische Stelle. Der Muskelsinn in den UE. aufgehoben (fehlendes Lagebewusstsein, mangelndes Gefühl passiver Bewegung in allen Gelenken. Patellarreflex sehr prompt; bei Prüfung des Fussreflexes tritt das Westphal'sche paradoxe Phänomen ein. Der Plantarreflex hoch gesteigert. Gürtelgefühl in der Höhe des Epigastriums, Gang breitspurig, schwankend.

In der Spitalbehandlung bedeutende Besserung all dieser Erscheinungen. Die Abducensparese schwand im Februar 1891. Zu gleicher Zeit Schwinden der Facialisungleichheit und der Zungendeviation.

Von 1891—October 1894 war Pat. leidlich berufsfähig, jedoch kehrten ab und zu die Schmerzen im Cruralisgebiet wieder. Wegen bedeutender Exacerbation dieser suchte Pat. am 13. 12. 94 neuerdings Hilfe im Spital.

In der letzten Zeit, im Anschluss an Gemüthsbewegungen und daran sich anschliessenden Potus war Pat. unlustig zur Arbeit, reizbar geworden, hatte Kopfdruckbeschwerden, unsicheren Gang und Gefühl von Eingeschlafensein der UE. beim Erwachen gehabt.

Stat. vom 27. 12. 94: Pat. gross, kräftig gebaut, gut genährt, ohne pathologischen Befund Seitens der vegetativen Organe, frei von Spuren einer Lues, bietet negativen Befund im Gebiet der Hirnnerven bis auf Hypästhesie für alle Qualitäten in einem umschriebenen Hautgebiet auf der Stirne, das von der Nasenwurzel bis zur Haargrenze reicht und die Mittellinie rechts um 0.5, links um 1 cm überragt.

Von Seiten der OE. findet sich kein pathologischer Befund. Auf der r. Bauchseite findet sich eine kleinere, auf der l. eine grössere scharfumschriebene beckenförmige Stelle, an welcher die Empfindlichkeit für alle Hautreize bedeutend herabgesetzt ist. Eine gleiche Zone erstreckt sich dorsal vom 10. Dorsalwirbel bis zur Mitte des Kreuzbeins.

In diesem Gebiet ist jedoch die Perception von Kältereiz erhalten. Die Wirbelsäule ist vom 12. Dorsal- bis 3. Lumbarwirbel druckempfindlich.

Pat. steht mit breiter Unterstützungsbasis und geräth in Schwanken, sobald diese durch Annäherung der Beine verschmälert wird. Beim Aufwärtsblicken verstärkt sich dieses Schwanken bedeutend und bei ge-

schlossenen Augen droht er umzustürzen. Der Gang ist breitspurig, classischer Ferseugang, stampfend, schlenderad, von der Gehweise eines vorgeschrittenen Tabikers kaum differirend.

Die motorische Kraft in den UE. ist allenthalben, besonders aber im Gebiet der Nn. peronei, herabgesetzt, der Muskeltonus jedoch ein guter.

Bei Intention von Bewegungen stellt sich Tremor ein, der bei Widerstandsbewegungen von Seiten des Arztes sich verstärkt, vorübergehend bis zum Klonismus im Quadriceps cruris und in den Gastrocnemii sich steigert. Solcher Klonismus tritt auch bei beliebigen Hautreizen im Gebiet der UE. auf.

Rigor besteht weder activ noch passiv, jedoch stellen sich bei passiven Bewegungen in den Kniegelenken active, wenn auch ungewollte Contractionen in den Streckern entgegen.

Der Patellarreflex ist bis zu Klonus gesteigert; beim Versuch, den Fussreflex auszulösen, tritt paradoxe Contractur auf.

In der Nabelhöhe, etwa 10 cm breit, besteht ein gürtelartiges Oppressionsgefühl.

Etwa alle 8 Tage hat Pat. seine Anfälle von lancinirenden Schmerzen im Gebiet beider Nn. crurales. Auch intervallär ist dieses Gebiet druckempfindlich. Trophische Störungen, Aenderungen der elektrischen Erregbarkeit bestehen daselbst nicht.

Die cutane und tiefe Sensibilität erweisen sich im Bereich der UE. intact, bis auf Hyperalgesie an Dorsum und Planta pedis, sowie thermische Hypästhesie von den Knieen abwärts bis zu den Zehen, ferner die schon oben erwähnte Stelle am äusseren Rande der r. Wade. Diese etwa handgrosse Stelle ist tactil hypästhetisch. Innerhalb dieser geometrischen Figur findet sich ein kleinerer Bezirk von Analgesie. In diesem Bezirke wird überall Kältereiz richtig empfunden, nirgends aber Wärmereiz, der jedoch ab und zu als „kalt“ percipirt wird. Plantarreflex hochgradig gesteigert, Bauch- und Cremasterreflex normal. Die Functionen der Blase ungestört, auch zur Zeit der Schmerzanfälle.

Cutane Reizung im hyperästhetischen Fussgebiet ruft jeweils maximale Peroneuscontractur hervor.

Druck auf den N. peroneus am Capitul. fibulae ruft r. prompte Peroneuscontractur, l. nur eine Contractur des M. tibialis anticus hervor, die dann von einer solchen in dem Extensor hallucis und den übrigen Zehenstreckern abgelöst wird.

Das Krankheitsbild erfährt bei längerer Beobachtung Ergänzungen im Sinne von zeitweisem Globus, beiderseitiger Myodynie („Ovarie“) in der Unterbauchgegend, concentrischer Sehfeldeinschränkung, gelegentlichen Ructus. Auffällig ist auch die Emotivität, Impressionabilität und

der grosse Stimmungswechsel des Kranken. Die Gaumen- und Rachenreflexe erweisen sich im Verlauf herabgesetzt.

Die Nn. supraorbitales, sämmtliche Nerven der UE. sind anfangs sehr druckempfindlich, ab und zu kommt es zu Wadenkrämpfen.

Unter Bädern (24—20° R.) Elektrisation, Tonica bessert sich die Motilität im Laufe des Frühjahrs 1895 bedeutend, die lancinirenden Schmerzanfälle werden seltener.

Aus einem Stat. praes. vom 19. 5. 96 kurz vor der Entlassung des Pat. geht hervor, dass die locomotorische Ataxie geschwunden ist, die grobe Muskelkraft sich der Norm nähert. Auffällig bleibt die statische „Ataxie." Stehen ist nur bei breiter Basis und offenen Augen gut möglich. Bei geschlossenen Augen tritt Zittern, Schwanken und Tendenz rückwärts umzustürzen auf, jedoch gewinnt man den Eindruck, dass an diesem Phänomen ein guter Theil psychisch vermittelt ist und lässt sich das Schwanken durch suggestiven Einfluss erheblich aufbessern. Die hyperalgetischen Stellen an den Füssen sind geschwunden und mit ihnen die Möglichkeit, Reflexcontracturen hervorzurufen. Die hypästhetischen Stellen an Stirn, Abdomen und r. Unterschenkel bestehen unverändert fort. Sonst ist allenthalben die Sensibilität normal. Die hyster. Stigmata sind geschwunden.

Bei der klinischen Vorstellung des Pat. im Januar 1895 war die Diagnose auf Hysterie, wahrscheinlich combinirt mit Neuritis alcoholica der sensiblen Nerven im Gebiet der Nn. crurales, gestellt worden.

Trotz grosser Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit einer Tabes musste diese Möglichkeit, wenn auch nur als Complication, abgelehnt werden, denn die Pupillenreaction blieb intact, die Patellarreflexe waren gesteigert, desgleichen die plantaren. Dazu die tiefen Remissionen, der psychisch suggestive Einfluss auf die gestörte Motilität, der intacte Muskeltonus trotz mehrjähriger Dauer der Krankheit, die auffallende Kürze des praeatactischen Stadiums, die ausschliessbare hereditäre und acquirirte Lues in der Vorgeschichte des Kranken, der frühe Beginn der Krankheit mit 26 Jahren.

Für Hysterie sprach Alles, speciell die temporäre Hyperästhesie der Füsse, genau in der Höhe der Fussgelenke abschneidend, die temporäre Diathèse de contracture im hyperästhetischen Gebiet, die paradoxe Contractur (Westphal) u. s. w.

Beob. 3. Souques, étude des syndromes hystériques simulateurs. Observ. 53. p. 133.

P., 37 J., Büglerin, aufgen. 29. 11. 88, anscheinend erblich nicht belastet, von Kindesbeinen an schwächlich, kränklich, verliess ihren Mann, einen Trinker, mit dem sie in unglücklicher Ehe gelebt hatte, nachdem sie von ihm am 25. 12. 28 ins Wasser

griffen worden war. Drei Monate später beginnt zunehmende Schwäche der UE. 1880 setzen lancinirende Schmerzen ein, zugleich mit Rückenwirbelschmerz und Zuständen ähnlich gastrischen Krisen. Zunehmende Erschwerung des Gehens, Unsicherheit, zeitweises Einknicken. Nach den Schmerzkrisen oft Stellen cutaner Hyperästhesie.

1889 Sehschwäche, zeitweise Diplopie, erschwertes Harnen.

1890. Seit 2 Jahren Paraplegie der UE. Pat. an's Bett gefesselt. Varusequinusstellung. Grobe Muskelkraft r. mehr herabgesetzt als l. Tiefe Reflexe gesteigert. In OE. Amyosthenie, r. mehr als l. Fortdauer der Anfälle von lancinirenden Schmerzen, gastrische Krisen, Verlust der cutanen und tiefen Sensibilität in den UE., der tiefen in den OE. Am übrigen Körper cutane Hypästhesie. Druckschmerzhaftigkeit der Dorsal- und Lumbarwirbelsäule.

Pupillenreaction normal, Augenspiegelbefund negativ, Sehfeld nicht eingeschränkt, geringe Micromegalopsie. Beiderseits Amblyopia $\frac{1}{10}$. Homonyme Diplopie von 1 m Distanz ab. Leichte Detrusorschwäche. Allgemeinbefinden gut. Vegetative Organe ohne Befund. Keine Syphilis. Anaesthesia pharyngis. Nie convulsive Anfälle. Launenhaftes hysterisches Wesen.

Beob. 4. Souques (ebenda, Obs. 54. p. 137).

P., 42 J., Taglöhner, keine sichere hereditäre Belastung, irrelevante Krankheiten, keine Lues. Im Anschluss an Typhus abdom. 1890 Paraplegie der UE. mit Anfällen von lancinirenden Schmerzen in denselben, zugleich mit Gürtel- und Wirbelschmerz. Allmälig Anfälle von Hysteria gravis mit halluc. Delir. Nach einem derselben setzt Harnverhaltung ein. Pat. wird launisch, unverträglich, zieht von Spital zu Spital.

Stat. August 1890: Schwieriger Gang, einknickend, mit vorgeneigtem Körper, kleinen Schritten, atactisch, die Füsse sich überkreuzend, bei Augenschluss Umstürzen. Schmerzanfälle, Gürtel- und Wirbelschmerz unverändert. Grobe Muskelkraft in UE. und OE. sehr vermindert. Tiefe Reflexe normal, Retentio urinae. Cutane Anästhesie für alle Qualitäten allenthalben, bis auf 3 sensible Inseln auf r. Gesichtshälfte. Anaesthesia pharyngis. Hysterogene Zonen an r. Hüfte und an der Wirbelsäule (Lumbodorsalregion), beiderseits concentr. Sehfeldeinschränkung. Achromatopsie. Fundus normal. Pupillen mittelweit, träge auf Licht und bei Accommodation reagirend.

Ageusie, Anosmie, Hypacusie. Keine vegetativen Störungen.

Beob. 5. Souques (ebenda. Obs. 55).

A., 38 J., Typograph, aufg. Juli 1890 unbelastet, frei von Lues und Alkoholismus, gesund bis auf Sumpffieber und Typhus vor vielen Jahren, erkrankte Ende 1889 nach heftiger Gemüthsbewegung an Morb. Basedow., trieb abus. Morphii, bekam seit 3 Monaten lancin. Schmerzen in den UE., Gürtelgefühl und gastrische Krisen.

Bei der Aufnahme keine Ataxie, aber Unsicherheit und Schwanken beim Umwenden. Romberg positiv.

Patellar-, Triceps- und Plantarreflex fehlt, desgleichen der Pharynxreflex. Teppichgefühl unter den Füssen. Schmerzhafte, hyperästhetische Zonen an Abdomen und Wirbelsäule. Cutane Anästhesie für alle Qualitäten so ziemlich überall, Anästhesie von Conjunctiva und Mundhöhle. Gefühl passiver Bewegung und Lagevorstellung allenthalben erhalten. Druckempfindlichkeit der Schienbeinmuskeln. Anosmie, Ageusie, Hypacusie, concentr. Sehfeldeinschränkung, Dyschromatopsie, ausser für Grün und Roth. L. Amblyopie, monoculäre Diplopie und Micromegalopsie. Möbiussymptom. Ausgesprochener Morb. Basedowii. Grosse Emotivität und Reizbarkeit.

Beob. 6. Leval Piquechef (des pseudotabes, Thèse de Paris 1885).

O., 39 J., Schneiderin, aufg. Mai 1885. Belastet, nervös, mit Migräne behaftet. Vor 4 J. Beginn mit Wirbelschmerz, lancin. Gürtelschmerz, Schwäche der UE.

gastrischen Krisen. Später Diplopie, Amblyopie, Schwindel. Bei der Aufnahme: Spinalirritation, lancin. Schmerzen, r. herabgesetzter Patellarreflex. Pupillen normal, schwankender, unsicherer, leicht atactischer, bei geschlossenen Augen sehr erschwerter Gang.

Allgemein verlangsamte Apperception für cutane Reize, leichte Analgesie, Pharynxanästhesie, Ameisenkriechen in den Fingern, tiefe Sensibilität intact, keine Sphincterbeschwerden. Lewi diagnosticirt Tabes, Hachard, Hysterie. Rasche Genesung unter Wachsuggestionen.

Beob. 7. Lecorché und Talamon (études médicales 1881, p. 550).

M., 23 J., Kammerfrau, aufg. Februar 1879. Nach heftigen Gemüthsbewegungen Schmerzen im Epigastrium und r. OE., Vertaubung in r. OE., dann solche, nebst Formication und Verkrampfung in beiden UE., Gürtelgefühl am Abdomen und Ataxie der UE.

Globus, Emotivität, Lachen und Weinen ohne Anlass, Ovarie; Druck daselbst provocirt Globus. Anästhesie der Conjunctiva. Vertaubung, Verstellung, Ungeschicklichkeit der r. Hand. Schleudernde Ataxie der UE., Andeutung von Romberg. Sensibilität intact, desgl. grobe Muskelkraft und Sphincteren. Tiefe Reflexe gesteigert. Keine lancin. Schmerzen.

Beob. 8. Michaut (contribution à l'étude des manifestations de l'hystérie chez l'homme, Thèse de Paris 1890).

P., 33 J., Kaufmann, aus belasteter Familie, keine Lues, kein Alkoholismus. Vor 2 J. Beginn mit Formicatio pedum, Teppichgefühl unter den Füssen, schwankendem, unsicherem Gang. Allmälig Schwäche der Beine, Anästhesie, Verlust der Lagevorstellung, schwere Coordinationsstörung.

Bei der Aufnahme classische Erscheinung schwerer tabischer Ataxie. Romberg positiv.

Verlust der Lagevorstellung und des Gefühls passiver Bewegung in den UE. Kniereflexe gesteigert. Complete Anästhesie der UE. in der Höhe der Kniescheibe ringförmig abschneidend. Von da aufwärts überall Hypästhesie, besonders algetische, ausgenommen hyperästhetische Zonen an Hüften, drei obersten Dorsalwirbeln und unter l. Mamma. Fehlender Pharynxreflex. L. Hypoacusie, Herabsetzung der Sehschärfe. Keine lancin. Schmerzen, keine Krisen, keine Augensymptome. Leichte Detrusorschwäche. Pat. wurde anfänglich für einen Tabiker gehalten.

Beob. 9. Pitres (Archives de Neurologie, 1888 Mai).

Mann, 40 J., unbelastet, frei von Lues und Alkoholismus. 1877 beginnen lancin. Schmerzen, 1880 Gürtelschmerz, unsicherer Gang, Gefühl von Geschwollensein der Füsse, sexuelle Erregung, gefolgt von Frigidität. Romberg'sches Symptom. Bis 1886 Blasenstörung. Tenesmus recti, gastrische Krisen, klonische lancin. Schmerzen, locomotorische Ataxie. Tiefe Reflexe erhalten, keine Augensymptome. Diagnose: Tabes. Tod an Pleuritis. Bei der Autopsie macro- und microscopisch Hinterstränge, hintere Wurzeln und periphere Nerven intact.

Beob. 10. Higier (Wiener klin. Wochenschrift 1895. 1. 2. 3.)

E., 15 J., aufgen. 17. 10. 92, anscheinend unbelastet, war schon vor einem Jahr 9 Wochen hindurch in derselben Weise krank gewesen.

Seit 6 Wochen Schwäche, Taubheit der Beine, erschwertes Stehen, Unfähigkeit zu gehen (Astasie und Abasie) mit Ueberkreuzen und Zusammenknicken der Beine bei Varoequinusstellung. Romberg. In liegender Position Muskelkraft gut, alle Einzel-

bewegungen erhalten, etwas Ataxie. Verlangsamte Schmerzleitung. Plantarreflex erhalten, Patellarreflex fehlend. Hirnnerven und OE. intact. Hypalgesie und thermische Hypästhesie in UE., lancinirende Schmerzen, Gürtelgefühl in Nabelhöhe. Verminderte und retardirte faradocutane Sensibilität. Nach einigen Tagen verlangsamte Empfindung und Spur von Ataxie auch in OE. Lagegefühl in Zehen und Fussgelenken gestört.

Vom 30. 11. ab Besserung — Schwinden von Schmerzen, Ataxie, Sensibilitätsstörung, Wiederkehr der Gehfähigkeit. „Ovarie" depilex. Concentr. Einengung des Sehfelds. Am 17. 1. 93 genesen entlassen, bei jedoch fehlendem Patellarreflex.

Analoge Fälle von Pitres (Gaz. méd. de Paris 1890, 20. Sept., Mann betreffend), von Mader (Wien. med. Presse 1885, p. 143, Weib, Diagnose: Myelitis, spontane Heilung) v. Grasset und Apollinaris (Gaz. hebdomad. 1878, Nr. 8), Mann, für Tabes irrthümlich gehalten v. Raymond und Vulpian (Thèse de Michaut, Paris, Mann betreffend).

Die folgenden vier Beobachtungen sind von mir im Deutschen Archiv für klinische Medicin IX, 1871, als Fälle von durch galvanische Behandlung geheilter oder gebesserter Tabes veröffentlicht worden. Ich bringe sie hier zum Abdruck, theils um meinen damaligen Irrthum — handelt es sich doch um nicht tabische, sicher functionelle, in 1 und 3 bestimmt um hysterische Fälle — zu corrigiren, theils um den damaligen unsicheren Standpunkt der Diagnostik zu charakterisiren, da Argyll Robertsons's Zeichen in seiner Bedeutung noch nicht klar, Westphal's Zeichen noch unbekannt und das Ophthalmoscop noch ungewohnt war.

Eine analoge Beurtheilung verdienen wohl alle Fälle von angeblich geheilter Tabes, bezüglich welcher Romberg's triste Prognose nur zu wahr sein dürfte.

Beob. 11.

Frau F., 24 J., ohne erbliche Anlage zu Neurosen, von Kindheit auf schwächlich, mit 16 J. menstruirt, seit ihrer ersten Schwangerschaft vor 3 Jahren dysmenorrhoisch, wurde am 15. April 1868 zum zweiten Mal entbunden. Etwa am 5. Tage des Puerperium traten bohrende nagende Schmerzen in den unteren Extremitäten, namentlich im rechten Unterschenkel auf, die bald im rechten Arm, im Nacken und den Rücken herab sich zeigten, die Nachtruhe störten, nach einigen Tagen später sich verloren, aber in der Folge alle 3—4 Wochen in gleicher Heftigkeit wiederkehrten. Dazu gesellten sich lästige Gürtelgefühle um die ganze Taille herum, Ameisenkriechen und pelziges Gefühl in den Extremitäten. Die Hände wurden schwach, zittrig und etwas unsicher. Zeitweise sah Pat. wie durch einen trüben Schleier, hie und da auch die Gegenstände doppelt. Seit etwa ½ Jahr gesellten sich locomotorische Störungen hinzu — das Gehen wurde unsicher, wenig ausdauernd, sie strauchelte selbst auf ebenem Boden, klagte über ein lästiges spannendes Gefühl um die Kniee herum, schwankte stark beim Umdrehen und war im Dunkeln fast ausser Stand, im Hause umherzugehen.

Stat. praes. am 13. Mai 1870: mittelgrosser, gracilier Körper. Bei angestrengtem Sehen nach links und aussen treten Doppelbilder auf, nach allen übrigen Richtungen werden die Gegenstände einfach gesehen. Das linke Auge amblyopisch und nur Finger zählend. Dornfortsätze der Brust- und Lendenwirbel auf Druck empfindlich. Die Bewegungen der rechten oberen Extremität etwas unsicher, von geringer Ausdauer,

Schmerz-, Temperatur- und Tastempfindung rechts vermindert, bei guter Localisation, links sowohl ad motum als ad sensum normale Verhältnisse.

Dieselben Differenzen bezüglich der Sensibilität finden sich zwischen rechts und links an den unteren Extremitäten. Während sie links nahezu normal ist, besteht Analgesie und Verlust der tactilen Empfindung rechts bis zu dem Mittelfuss; in der Mitte der Planta pedis findet sich Analgesie, aber tactile Empfindung und gegen die Ferse zu nehmen Schmerz- und Tastempfindung gleichmässig ab. Reflexbewegungen werden von der rechten Fusssohle aus nicht erzeugt, während sie links normal sind. Rechts werden passive Bewegungen im Fussgelenke nicht empfunden, auch active Bewegungen sind bei verbundenen Augen erschwert und gelangen nicht deutlich zum Bewusstsein.

Der Gang ist breitspurig, schwerfällig, unsicher. Beim Umdrehen und Stehen mit geschlossenen Füssen tritt starkes Schwanken ein. Verbindet man die Augen, so droht Pat. sofort umzufallen. Sie ermüdet bald beim Gehen, kann aber noch Gänge von $\frac{1}{2}$ Stunde machen. Vermag nicht frei auf einen Stuhl zu steigen, Stiegensteigen sehr mühsam.

Die Exploration der Genitalien ergab negativen Befund. Pat., die Anfangs zu warm gebadet und dadurch sich viel unsicherer und schwächer befunden hatte, bekam nun täglich Thermalbäder von 25° R. und wurde mit stabilen Rückenmarksströmen und labilen Rückenm.-Peronäusströmen behandelt.

Schon nach wenigen Tagen zeigte sich subjectiv und objectiv erhebliche Besserung. Am 22. Mai, nach der 7. Sitzung, fand ich den Gang sicherer, ausdauernder; sie konnte mit verbundenen Augen bereits stehen und auch ein paar Schritte machen. Die Schmerz- und Tastempfindlichkeit war auf der r. oberen und unteren Extremität überall wiedergekehrt, aber noch sehr herabgesetzt, Reflexe von der rechten Fusssohle aus noch nicht zu erzielen. Die Abducensparese war ohne directe Behandlung gewichen, so dass selbst bei Accommodation für ganz nahe Gegenstände keine Doppelbilder mehr auftraten. Auch die Amblyopie des l. Auges gebessert, so dass Pat. grosse Druckschrift lesen konnte.

Nach 13 weiteren Sitzungen (13. Juni) war es weder mir, noch Hrn. Dr. Wilhelmi, der mit mir Pat. behandelte, möglich, irgend welche Symptome des früheren Leidens wahrzunehmen. Pat. hatte ohne unser Vorwissen Tags zuvor einen 200' hohen Berg erstiegen, ohne durch diesen Excess besonders ermüdet zu sein, stieg frei auf Stühle, ging vollkommen sicher mit verbundenen Augen und zeigte nicht mehr die geringste Coordinationsstörung ihrer Bewegungen. Auch die Sensibilität war rechts nach allen Qualitäten zur Norm zurückgekehrt, die Reflexerregbarkeit auch im rechten Bein vollkommen vorhanden. Die Genesung hat sich seit $\frac{3}{4}$ J. ungetrübt erhalten.

Beob. 12.

Hr. J., Hauptmann, 40 J., ohne erbliche Anlage, von kräftigem Körperbau und solidem Lebenswandel, hatte die Strapazen des Krieges gegen Frankreich erfahren, viele Erkältungen und Durchnässungen auf Märschen und in Bivouaks zu bestehen gehabt und im Gefecht bei Nuits am 18. Dec. 1870 eine schwere Verwundung im linken Ellbogengelenk erlitten. Während des nun folgenden Krankenlagers trat quälende Schlaflosigkeit und hartnäckige Stuhlverstopfung auf. Als er Mitte März 1871 das Bett verlassen konnte, bemerkte er pelzige Gefühle in den unteren Extremitäten und der rechten Hand, Ameisenkriechen, Unsicherheit beim Gehen und flüchtige, zuckende Bewegungen in einzelnen Muskelgruppen der Beine, bei gleichzeitig erheblich gesteigerter spinaler Reflexerregbarkeit, sodass Pat. bei geringem Anlass oft heftig zusammenfuhr. Nach einigen Wochen gesellte sich Parese des Detrusor urinae und zeitweise lästiger Harndrang

klärt. Vor 2 Monaten wurden die Bewegungen der Hände unsicher und zitterig, seit 14 Tagen stellte sich Amblyopie und zeitweises Doppelsehen ein.

Stat. praes. am 16. Mai 1871: Linkseitige Abducensparese, beide Opticusscheiben stark geröthet, der innere Rand der linken etwas verwischt. Das rechte Auge in geringerem, das linke in bedeutendem Grad amblyopisch. Schon beim Sehen in die Ferne tritt ab und zu Doppelsehen ein, das bei Accommodation für die Nähe beständig vorhanden ist. Die Doppelbilder entfernen sich in dem Maasse, als die Objecte nach der Seite des kranken Auges verschoben werden, jenseits der Mittellinie sieht Pat. einfach. Geringer Grad von Ataxie in den Händen nebst lästigem Gefühl von Pelzigsein in denselben, ohne wirklich nachweisbare Sensibilitätsstörungen. In den unteren Extremitäten, bei erhaltener Muskelkraft, ausgesprochene Coordinationsstörungen, breitspuriger, unsicherer Gang mit Hahnentritt, starkes Schwanken beim Umdrehen. Der Romberg'sche Versuch fällt negativ aus, Anomalien der Sensibilität sind nicht nachweisbar. Pat. steigt nur mühsam und unter starkem Schwanken frei auf einen Stuhl, ermüdet rasch beim Gehen. Auf seit einigen Tagen genommene Thermalbäder von 29° R. fühlte er sich jedes Mal sehr ermattet und viel unsicherer, weshalb diese ausgesetzt wurden. Ich behandelte nun Pat. mit möglichst starken galvanischen Strömen, stabil, ohne Rücksicht auf die Stromesrichtung, täglich 5 Min. lang längs dem Rückenmark, wobei die eine Elektrode möglichst hoch am Nacken wegen der Augensymptome applicirt wurde. Damit wurde örtliche galvanische Reizung des paretischen M. rectus extern. verbunden. Schon nach der 2. Sitzung fand ich zu meiner Freude und Ueberraschung Gang und Sehen gebessert. Das Doppelsehen trat nur mehr bei Accommodation für ganz nahe Gegenstände und bei forcirtem Sehen nach links ein, auch näherten sich die vor der Sitzung um 2—3" entfernten Doppelbilder jedes Mal nach derselben bis auf ½". Nach etwa 5 Sitzungen konnte Pat. wieder die feinste Schrift lesen. Während aber in der Folge sowohl die Gefühle von Pelzigsein, als auch die locomotorischen Störungen vollständig verschwanden, gelang eine vollständige Beseitigung der Augenmuskellähmung in keiner Weise. Als Pat. am 11. Juni nach der 21. Sitzung entlassen werden musste, bestand noch ein geringer Grad von Amblyopie und Parese des Rect. ext. auf dem linken Auge fort. Die spinale Reflexerregbarkeit war noch gesteigert, die locomotorischen Functionen waren ganz zur Norm zurückgekehrt. Die Behandlung wurde ganz in derselben Weise noch 4 Wochen von Hrn. Dr. Maier in Karlsruhe fortgesetzt, ohne dass aber eine weitere Besserung des Augenleidens zu erzielen war. Auch stellte sich Ende Juni vorübergehend wieder einmal unsicherer Gang ein. Pat. ging nun zur Erholung in die Schweiz. Anfang October sah ich ihn wieder, vollkommen genesen, im Stande, die grössten Bergtouren zu machen und seit einigen Wochen vollständig befreit von den letzten Spuren seiner Abducensparese.

Beob. 13.

Justine L., 26 J., ledig, ohne erbliche Anlage zu Neurosen, früher gesund, bekam mit etwa 15 J. eine schwere fieberhafte Krankheit, von der an sie sich nicht mehr recht erholte. Sie litt in den 2 folgenden Jahren an mannigfachen hysterischen Beschwerden, brachte den grössten Theil dieser Zeit im Bett zu und kam durch nervöses Erbrechen sehr von Kräften. Etwa mit 16 J. (feuchte, ungesunde Wohnung als Ursache?) entwickelte sich die gegenwärtig noch bestehende Krankheit. Sie habe einen schwankenden, unsicheren Gang bekommen, im Dunkeln gar nicht mehr gehen können und ab und zu einen trüben Schein vor den Augen gehabt. Mit 17 Jahren traten die Menses ein, ohne Aenderung des Befindens. In den folgenden Jahren langsame Zunahme der Gehstörungen, häufig Gefühle von Kälte und Taubsein in den Zehen. Vom

20.—25. Jahre blieb sich der Zustand wesentlich gleich. Sie konnte zur Noth allein durch die Strassen gehen, fiel aber oft zu Boden; besonders schwer war das Stiegensteigen. Beim Gehen kam sie oft zwangsmässig in immer schnellere Bewegung hinein. Auf eine Badekur in Baden (53 Wasserbäder) im Sommer 1868 Besserung.

Stat. praes. am 26. Juni 1869: kräftig gebaute, gut genährte Person von untersetztem Körperbau. Ausser hartnäckiger Verstopfung alle vegetativen Functionen ungestört. Mässiger Grad von Nystagmus beider Bulbi, Insufficienz des M. rectus ext. oculi sin.; Amblyopie auf dem linken Auge. Bewegungen der Finger verrathen einen geringen Grad von Ataxie. Der Gang ist sehr unsicher; kleine trippelnde Schritte, kommt oft zwangsmässig auf die Ferse zu stehen, kann nicht in gerader Linie gehen, beim Umdrehen starkes Schwanken. Bei verbundenen Augen sinkt Pat. sofort zu Boden. Treppensteigen sehr mühsam, Gehen bis zu ½ St. Dauer möglich, aber sehr ermüdend. Die Sensibilität erweist sich nach allen Richtungen unversehrt. Unter Fortgebrauch der Thermalbäder Versuch einer Behandlung mit dem galvan. Strom längs der Wirbelsäule. Schon nach wenig Sitzungen war Pat. im Stande, bei verbundenen Augen zu stehen und einige Schritte zu machen. Auch die Sicherheit und Ausdauer im Gehen gewannen ersichtlich. Jede Sitzung markirte einen weiteren Fortschritt; musste die Behandlung wegen der Menses einige Tage ausgesetzt werden, so zeigte sich sofort wieder Verschlimmerung. Nach 32 Sitzungen musste die Behandlung abgebrochen werden. Die Augenstörungen waren wenig, die locomotorischen Beschwerden erheblich gebessert. Pat. konnte mit verbundenen Augen durchs Zimmer gehen und bei ununterbrochenen Wege von 1½—2 Stunden, ohne besonders müde zu werden, machen, frei auf einen Stuhl steigen und ziemlich gut treppauf- und abgehen.

Am 23. Mai 1870 kam Pat. wieder zur Behandlung. Der gebesserte Zustand hatte sich, geringe Schwankungen abgerechnet, erhalten; Pat. war im Stande gewesen, die verschiedensten Hausgeschäfte zu besorgen. 33 weitere Sitzungen im Sommer 1870 erzielten keine fernere Besserung.

Der Winter 1870/71 verlief gut. Pat. konnte selbst auf eisigem Boden sicher gehen. Im Mai fand ich sie in demselben gebesserten Zustande, in dem sie entlassen worden war; der Gang war sicher, ausdauernd, nur hier und da hatte sie das Tempo desselben nicht in der Gewalt; schwankte etwas beim Umdrehen mit geschlossenen Füssen und kam zuweilen auf die Fersen zu stehen. Entziehung des Lichts durch Verschluss der Augen hatte durchaus keinen verschlimmernden Einfluss mehr auf Gehen. Die früher vorhandenen Parästhesien in den Beinen und die Augensymptome waren gänzlich verschwunden. Auch bei einer weiteren Serie von 21 Sitzungen gelang es nicht, die letzten Spuren des Leidens zu tilgen, doch war Pat. bei der Entlassung vollkommen arbeits- und erwerbsfähig.

Beob. 14.

Leopold M., 26 J., Metzger, früher gesund, von solider Lebensweise, ohne erbliche Anlage, kam im Juli 1871 in meine Behandlung wegen fortschreitender Bewegungsstörungen in den unteren Extremitäten, die seit einem Jahr sich eingestellt hatten. Als Ursache des Leidens ergab sich mit grosser Wahrscheinlichkeit die äusserst feuchte und ungesunde Wohnung zu ebener Erde, die Pat. bisher inne gehabt hatte.

Das Leiden hatte mit zunehmender Unsicherheit, Schwächegefühl, Ameisenkriechen, Pelzig- und Taubsein in den Beinen, namentlich dem linken, begonnen. Oft hatten sich im Verlauf blitzende, bohrende Schmerzen in den unteren Extremitäten eingestellt. Im Dunkeln war Pat. öfters hingefallen, Treppensteigen und Umdrehen wurden immer schwieriger, das Gehen so ermüdend und unsicher, dass Pat. sich genöthigt sah, zu Hause zu bleiben, wo er mit einem Stock im Zimmer umherwankte. Zu

ich ihn zum ersten Mal im Januar 1871 sah, bot er das Bild einer vorgeschrittenen, aber auf die unteren Extremitäten beschränkten Bewegungsataxie mit exquisiter Verschlimmerung der Störung, sobald die Augen geschlossen wurden. Blase und Mastdarm waren intact, desgleichen fehlten Complicationen von Seiten der Hirnnerven. Da eine Behandlung mit dem constanten Strom nicht ausführbar war, rieth ich zu kalten Abreibungen, auf die noch eine geringe Besserung sich einstellte; Argent. nitric., von dem Pat. während der letzten 4 Monate 6,2 gr erhalten hatte, erzielte keinen weiteren Erfolg.

Am 26. Juli fand sich Pat. wieder bei mir ein, um „einen letzten Versuch mit der Elektricität" zu machen.

Pat. ist schlank gewachsen, kräftig gebaut, etwas anämisch. Die Ataxie ist auf die unteren Extremitäten beschränkt, aber hochgradig; Locomotion schwierig, kaum 5' lang und nur mittelst Stock möglich. Bei geschlossenen Augen tritt sofort starkes Schwanken ein. Das Gehen erfolgt langsam, schleudernd, Pat. vermag keine gerade Linie einzuhalten.

Dabei Gefühle von lästiger Muskelspannung in den Waden, als ob die Sehnen zu kurz wären, zeitweise blitzende, bohrende Schmerzen im Verlauf der Nn. ischiadici, namentlich bei Witterungswechsel; Gefühle von Kälte, Pelzigsein und Ameisenkriechen. Im ganzen Gebiet des äusseren Astes des N. peroneus dext. ist bei erhaltener Schmerzempfindlichkeit die Tastempfindlichkeit aufgehoben; im Bereich des N. plantaris externus findet sich Tast- und Schmerzempfindlichkeit sehr herabgesetzt, die Localisation der Eindrücke sehr gestört; im Uebrigen sind die sensiblen Functionen intact. Während von der rechten Fusssohle aus Reflexbewegungen nicht ausgelöst werden können, zeigt sich die Reflexerregbarkeit linkerseits entschieden gesteigert, sodass Kitzelung der l. Fusssohle bis zu ½ Min. andauernde, clonische Krämpfe im betr. Beine hervorruft. Die Einzelbewegungen in den unteren Extremitäten gehen ungestört von Statten; nirgends bestehen Paresen, die volle Muskelkraft ist allenthalben vorhanden.

Die Behandlung bestand in täglichen Applicationen möglichst kräftiger constanter Ströme längs der Rückenwirbelsäule und in labiler Ka-Reizung des rechten N. peroneus. Ein günstiger Erfolg bezüglich grösserer Sicherheit und Ausdauer in den locomotorischen Functionen gab sich schon nach der 4. Sitzung objectiv zu erkennen. Deutlich zeigte sich auch hier, dass die Stromesrichtung völlig gleichgültig für den Heilerfolg war. Bis zu Anfang September unterzog sich Pat. täglich der angegebenen Behandlung, aus der er leider dann, Familienverhältnisse halber, austreten musste. Das Resultat der Behandlung war bei der Entlassung folgendes: Die Paraesthesieen und Anästhesieen sind vollkommen beseitigt, die Schmerzanfälle seit 4 Wochen nicht wiedergekehrt. Pat. schwankt nicht mehr bei verbundenen Augen, geht vielmehr sicher in der Stube umher. Das Gefühl voller Kraft, Sicherheit und Ausdauer ist in den Beinen wiedergekehrt. Spaziergänge von 1—2 Stunden Dauer sind möglich und nicht ermüdend. Nur auf unebenem Boden und beim Treppensteigen zeigt sich noch eine Spur von Unsicherheit, die aber nur einem geübten Auge bemerklich wird.

Ende October eingezogene Erkundigungen ergaben, dass der an Genesung grenzende Zustand von Besserung sich erhalten hat, Pat. sich ganz gesund fühlt und vollkommen im Stande ist, seinem beschwerlichen Beruf als Metzger obzuliegen.

Die Verwechslung der hysterischen Imitation der Tabes mit wirklicher ist heutzutage bei reiflicher Prüfung des Falles nicht mehr gut möglich. Dass aber der Stat. praesens nicht immer vollen Aufschluss gewähren kann, lehrt ein von Petit berichteter Fall eines Mannes, der seit 6 J.

mit Ataxie und anderen tabesartigen Zeichen behaftet, von sechs Pariser Sommitäten als Tabes diagnosticirt wurde, gleichwohl eines Tages in brünstigem Gebet in Lourdes plötzliche Genesung fand. Man muss zugeben, dass die Hysterie fast alle Functionsstörungen der Tabes imitiren kann, sogar lancinirende Schmerzen, Augenmuskellähmungen, Blasenstörung, gastrische Krisen und classische Ataxie locomotrice. Aber Opticus-Atrophie, reflectorische Pupillenstarre, gewisse trophische Störungen der Tabes (Arthropathien, Mal. perforant u. dergl.) hat sie nicht aufzuweisen. Es scheint mir auch unwahrscheinlich, dass sie den Verlust des Patellarreflexes bieten kann, obwohl zugegeben werden muss, dass er von ausgezeichneten Beobachtern (vgl. Beob. 5, 6, 10) constatirt wurde.

In solchen Fällen bleibt immerhin die Möglichkeit eines Irrthums oder einer Complication. Erst weitere Beobachtungen können diese wichtige diagnostische Frage klären.

Verlegenheiten werden sich nur da für die Diagnose ergeben, wenn die Anamnese unklar ist, im Stat. praesens der Fall entschieden werden soll und die erwähnten classischen Tabessymptome zur Zeit oder überhaupt nicht nachweisbar sind. Unter allen Umständen sind lancinirende Schmerzen, gastrische Krisen, Blasenstörungen und Ataxie für die Diagnose nicht ausreichend.

Der weniger erfahrene Praktiker sollte nie vergessen, dass Ataxie locomotrice nicht = Tabes ist. Dagegen wird oft gefehlt und polyneuritische (besonders postdiphtheritische und alkoholische) Ataxie mit der fatalen Rückenmarkskrankheit verwechselt.

In zweifelhaften Fällen berücksichtige man die Aetiologie des Falles! Eine acut nach psychischem Trauma bei einem jugendlichen weiblichen Individuum aufgetretene Ataxie weist bestimmt auf hysterische Pseudotabes hin. Wenn auch der Streit bezüglich der luetischen Begründung der Tabes noch nicht ausgetragen ist, so muss doch die Ausschliessbarkeit von hereditärer oder acquirirter Syphilis in der Annahme einer Tabes höchst vorsichtig machen, bei positivem Nachweis der Lues den Verdacht auf Tabes bestärken.

In einer Reihe von Fällen der hysterischen Pseudotabes war der Ausbruch der Krankheit ein acuter. Die wirkliche Tabes zeigt immer einen schleichenden Beginn.

Versucht man einzelne der Tabes wie der Hysterie gemeinsame Symptome auf feinere Unterschiede zu prüfen, so kommen die regionären Anästhesieen in erster Linie in Betracht. Oulmont (Soc. de Biologie 1877, 17. Febr.) findet diese bei Tabes meist symmetrisch, an gewissen Prädilectionsstellen (Wangen, Sternum, Nabel, Ulnargebiet, Finger, Knie,

Malleolen, Fersen, Fusssohlen, Zehen) und von ganz unregelmässiger Ausbreitung, während die hysterischen asymmetrisch und geometrische Figuren repräsentirend seien. Diese Angaben treffen vielfach zu, bedürfen aber weiterer Untersuchungen, um diagnostische Sicherheit bieten zu können.

Dass die Schmerzanfälle bei Hysterie das Ulnarisgebiet verschonen, wie Souques findet, kann ich aus eigener Erfahrung nicht bestätigen.

Die Dysurie dürfte bei Pseudotabes wohl immer durch Spasmus sphincteris bedingt sein (der Katheter dringt schwer ein und wird bei Versuchen, ihn zu entfernen, festgehalten), während die der Tabiker auf Detrusorschwäche beruht.

Die Ataxie der Hysterischen ist eine äusserst wandelbare, ganz besonders durch psychischen Einfluss. Dies gilt auch für das Romberg'sche Symptom, soweit es nicht durch Verlust der tiefen Sensibilität vermittelt ist.

Ein beiden Krankheiten gemeinsames Symptom ist das plötzliche Versagen der Beine, bis zur nach Umständen länger dauernder Paraplegie. Auch dieses Symptom bedarf einer vergleichenden Studie. Bei Hysterischen schien es mir immer im Sinn einer temporären Astasie aufzufassen, während es bei Tabes eine wirkliche und totale Insufficienz der UE. darstellte.

Was die Augensymptome betrifft, so handelt es sich bei Tabes um durch Kern- oder periphere Nervenaffection vermittelte Lähmungen isolirter Muskel, die allerdings mehrfach an demselben Auge auftreten können, bei Hysterie dagegen meist um associirte Lähmungen oder auch um Vertäuschung von Lähmung durch Spasmus von Antagonisten; die Einengung des Sehfeldes ist beim Tabiker eine mehr unregelmässige, bei Hysterie eine streng concentrische. Die Achromatopsie erfolgt bei dieser genau nach Massgabe der Einengung des Sehfeldes und als Folge dieser, wobei bekanntlich die Perception der rothen Farbe am längsten fortbesteht, während Grün- und Rothblindheit zu den frühesten Symptomen der tabischen Amaurose gehört.



III.

ZUR ATHETOSIS BILATERALIS.



Ein Beitrag zur Athetosis idiopathica bilateralis.*)

Die Seltenheit des Vorkommens doppelseitiger idiopathischer Athetose gegenüber Fällen von halbseitiger symptomatischer (posthemiplegischer), das Dunkel, das über Pathogenese und Localisation dieser merkwürdigen, von Hammond 1871 zuerst beschriebenen motorischen Neurose schwebt, rechtfertigen wohl ohne Weiteres die Mittheilung des folgenden Falles. Er ist geeignet, die Bedeutung des ursächlichen Momentes einer Erkältung, selbst ohne gleichzeitige Endocarditis (Fall von Leube) plausibel zu machen, und ist ein um so reinerer Fall, als er bei einem bisher psychischer und physischer Gesundheit sich erfreuenden Individuum zum Ausbruche kam.

Andererseits zeigt er, dass (in Uebereinstimmung mit einem von Gnauck veröffentlichten und in gleicher Weise behandelten Fall) die Therapie (Brom, Galvanismus) hier nicht ohne Werth ist, und auch im meinigen hätte, bei längerer Ausdauer des Patienten, voraussichtlich eine dauernde Genesung sich erzielen lassen.

Der Hauptwerth des Falles dürfte aber darin liegen, dass er neben dem Symptomencomplexe der Athetose eine Reihe anderweitiger, jedenfalls central bedingter und den athetotischen Erscheinungen coordinirter, den Ablauf jener begleitender nervöser Functionsstörungen aufzeigt. Von hervorragendem Interesse unter diesen sind ein wesentlich auf das Gebiet der Athetose beschränktes Kältegefühl und ein Sensibilitätsausfall, eine Steigerung der tiefen Reflexe, fibrilläres Muskelzittern im Krampfgebiete und Herabsetzung der groben Muskelkraft.

Dieser motorische Ausfall zeigt sich überdies in wesentlich hemiplegischer Weise, während andererseits die Athetose ebenfalls auf einer Seite intensiver ist.

Schlüsse auf die Art der Veränderungen im Centralorgan aus diesem Befunde zu ziehen, dürfte kaum gestattet sein, aber er weist jedenfalls

*) Wiener klin. Wochenschrift 1889, Nr. 16.

auf die Hirnrinde als Entstehungsort der idiopathischen Athetose hin und ist geeignet, die Hypothese von Eulenburg zu stützen, wonach die motorischen Rindenfelder des Grosshirns bei der Athetose afficirt sein dürften. Auch Koranyi neigt sich dieser Anschauung (motorische Rindenneurose analog der Chorea?) zu, vermuthet jedoch organische Veränderungen (chronische Entzündung, die zur Sclerose führt?).

Am 1. December 1888 liess sich Anton Hebar, 42 J. alt, aus Ungarn, verheirathet, Maurer, auf der Grazer Nervenklinik aufnehmen. Patient ist aus gesunder Familie, kein Potator; war nie luetisch, hat nie ein Trauma capitis, auch nie eine Apoplexie erlitten.

Bis zum 29. September 1888 hatte sich Pat. ganz wohl gefühlt. Am genannten Tage fuhr er drei Stunden lang auf offenem Wagen in strömendem Regen, wurde ganz durchnässt, fror heftig und vermochte, selbst heimgekehrt und im Bette, nicht warm zu werden.

Am 30. September begab sich Pat. in den Gottesdienst, hielt es daselbst vor heftigem Frieren nicht aus und begab sich wieder zu Bett. Das Kältegefühl bestand besonders intensiv in den UE., war aber auch über Rumpf und OE. ausgebreitet. Am 1. October schwand es in Beinen und Rumpf, bestand aber sicher continuirlich in den OE. fort. Am 1. October bemerkte Pat., dass er den Löffel nicht in der Hand zu halten vermochte, da die Finger sich versteiften und dem Willen nicht mehr gehorchten.

Die Finger beider Hände bewegten sich spontan, langsam, rhythmisch, spreizten, näherten, reckten und streckten sich. Diese Bewegungen spielten sich fast ausschliesslich in den Metacarpophalangealgelenken ab. Energische Willensanstrengung vermochte momentan diese spontanen krampfhaften Bewegungen zu bemeistern. Wenn aber Pat. z. B. die Hand zur Faust geballt hatte, war er nicht im Stande, sie sofort wieder zu öffnen. In der Ruhe waren diese Bewegungen schwächer, durch Emotionen wurden sie angeblich nicht gesteigert. Ob sie im Schlafe cessirten, wusste Pat. nicht anzugeben. Nur im Gebiete der Fingermuskeln zeigten sich diese Bewegungen. Das Fassen, Festhalten von Gegenständen war nicht mehr möglich, sodass Pat. kaum mehr die einfachsten Hantirungen des Ankleidens, Essens ausführen konnte und seinem Berufe entsagen musste.

Stat. praes. bei der Aufnahme: Pat. klagt über Kältegefühl in beiden OE., von den Fingern bis zu den Ellbogen herauf, und über Steifigkeit der Finger, die jedoch activ und passiv frei beweglich sind. Ernährung, Hautcirculation, Puls, Temperatur sind ganz normal. Die Finger beider Hände sind in beständiger beugender, streckender, sich anpressender und spreizender Bewegung. Dieses krampfhafte Spiel beschränkt sich

auf die Finger, lässt die übrigen Muskeln der oberen Extremitäten sowie die der unteren und die Gesichtsmuskeln ganz intact.

Entschieden mehr afficirt sind die linksseitigen Fingermuskeln.

Ausgenommen seltene Beugungen der zweiten Phalanx des vierten und fünften Fingers finden die krampfhaften Bewegungen nur in den Metacarpophalangealgelenken statt und bestehen in rhythmisch wiederkehrender und langsam ablaufender Flexion mit Adduction des Daumens. Episodisch wird auch Ab- und Adduction (Spreizung und Pressung) sowie leichte Dorsalflexion beobachtet. In der r. Hand kommt es zu leichter Beugung, Spreizung und Adduction der Finger im ersten Gelenke; Dorsalflexion kommt bloss im Mittelfinger vor. Schreiben ist durch die Krampfbewegungen kaum ausführbar. Pat. schreibt mit äusserster Anstrengung, kaum leserlich, obwohl er die Buchstaben möglichst gross macht und thunlichst momentane Ruhepausen zu verwerthen sucht. Er vermag nothdürftig zu essen, ein Glas zum Munde zu führen.

Keine Spuren von Ataxie oder Intentionszittern. Der Händedruck ist r. sehr schwach (Pat. ist Rechtshänder), l. ausgiebiger. Ausser einer geringen Herabsetzung der groben Muskelkraft im r. Biceps und in der gesammten Musculatur der r. UE. ist diese nirgends anderswo geschädigt. Sowohl während krampfhafter Bewegung, als auch intervallär zeigt sich leichtes fibrilläres Zucken der Muskeln der Daumenballen.

Die Prüfung der Musculatur der oberen und unteren Extremitäten ergiebt sowohl mit dem faradischen als galvanischen Strome normale Reaction.

Die tiefen Reflexe sind an den oberen Extremitäten, besonders r., gesteigert. Der Patellarreflex ist beiderseits gesteigert. Selbst Beklopfen der nach abwärts gedrängten Patella bei gestrecktem Beine macht dieselbe emporschnellen. Dabei entsteht ein intensiver, aber rasch wieder verschwindender Schütteltremor in beiden Beinen. Auch der Achillesreflex ist gesteigert, jedoch lässt sich kein Fussclonus erzielen.

An beiden Händen ist die Sensibilität erheblich gestört. Die Störung der Sensibilität ist am stärksten l. und erstreckt sich beiderseits abnehmend von den Fingern zur Handwurzel. Hier ist die Grenze der Sensibilitätsstörung. Diese ist auf der Streckseite viel intensiver als auf der Beugeseite.

Auf dem Dorsum manus et digitorum werden Tast-, Temperatur- und Schmerzeindrücke kaum wahrgenommen, jedoch richtig localisirt. Geldstücke, Schlüssel u. dgl., welche dem Pat. in die Hand gegeben werden, vermag er nicht zu erkennen. Er bemerkt nicht ihre Escamotirung aus der geschlossenen Hand bei verbundenen Augen. Passiver Bewegung der Finger wird sich Pat. bewusst.

Er klagt über ein Gefühl, als ob die Finger an beiden Händen mit Leder überzogen wären. An den unteren Extremitäten keine Sensibilitätsstörungen. Allgemeinbefinden vorzüglich. Von Seiten des Gehirns und der Hirnnerven kein Befund, ebensowenig im Gebiete der vegetativen Organe. Temperatur normal.

Ord. 5,0 Kal. bromat. pro die. Galvanische Behandlung täglich, stabil 3', 2 M. A. Anode plex. brachialis, Kathode im Nacken.

10. December. Im Schlafe nie krampfhafte Bewegungen. Das Kältegefühl in den OE. verliert sich; in der r. Hand Besserung der Sensibilität für alle Qualitäten, desgleichen l., jedoch hier Daumen, 2. und 5. Finger noch ganz anästhetisch.

14. December. Krampfbewegungen nehmen intensiv und extensiv ab. Pat. kann bereits ein grösseres Geldstück vom Tische aufheben. Klagen über stechenden Schmerz im l. Daumen und Zeigefinger.

18. December. Zunehmende Gebrauchsfähigkeit der Finger bei abnehmenden Krampfbewegungen. Pat. kann ein Kreuzerstück aufheben. Schreiben und feinere Bewegungen noch erschwert. Die Vertaubung der Finger reicht nur mehr bis zur zweiten Articulation herauf. Ord. 6,0 Bromkali täglich.

24. December. Grobe Muskelkraft in beiden Händen und im r. Biceps und in r. UE. wiederhergestellt.

4. Januar 1889. Sensibilität nur noch in dritter und zweiter Phalanx herabgesetzt; 7 mm Zirkelspitzenabstand wird an sämmtlichen Fingerbeeren wahrgenommen.

Fingerkrampf minimal, auf zeitweise Volar- und Dorsalflexion des gestreckten 5. Fingers r. und auf Volarflexion des gestreckten 2., 3., 4. Fingers der r. und l. Hand beschränkt, sowie auf gelegentliche leichte Adduction beider Pollices.

15. Januar Sensibilität hergestellt. Noch hie und da leichtes Ameisenkriechen in den Fingern. Pat. differenzirt bei verbundenen Augen Gegenstände. Gebrauch der Finger nur noch durch leichte Dorsalflexion im 3. Finger der r. und im 3. und 4. Finger der l. Hand gestört. Die tiefen Reflexe in beiden Ober- und Unterextremitäten noch bedeutend gesteigert.

27. Januar. Krampfbewegungen nur noch nach längerer Anstrengung und vorübergehend in Form von Beugebewegung des gestreckten 2. und 3. Fingers und des Daumens der r. Hand. Normale Verhältnisse, bis auf immer noch bestehende, aber ermässigte Steigerung der tiefen Reflexe in Ober- und Unterextremitäten.

In diesem Zustande wird Pat., der schon längst nach Hause gedrängt hatte, am 28. Januar entlassen. Auf eine bezügliche Anfrage

theilt Pat. leider am 24. Februar 1889 mit: „Meine Krankheit ist bereits zurückgekehrt. Meine r. Hand ist viel schlechter als die l. Die Finger bewegen sich immer und in den Armen fühle ich immerfort Schmerzen. Was ich mit den Händen fasse, halte ich wohl fest, aber ich kann nur leichte Arbeit verrichten. Schreiben kann ich nicht."

1897.

Die Athetosis duplex ist zweifellos eine seltene Erscheinung. Während die Hemiathetosis posthemiplegica, gewöhnlich auf eine Encephalitis infantilis zurückführbar, überaus häufig in meinem Ambulatorium vorkommt, habe ich seit der Publication des vorstehenden Falles unter circa 8600 Nerven- und Psychischkranken pro anno nur die folgenden 2 Fälle von doppelseitiger Athetose zu beobachten Gelegenheit gehabt. Die Annahme, dass sie symptomatische Bedeutung haben, Residuum einer infantilen Gehirnkrankheit sind, lässt sich nicht von der Hand weisen.

Beob. 1.

Del . . ., 34 J., Pfründner, wurde am 20. 8. 96 auf meiner Klinik aufgenommen. Er stammt von einem angeblich gesunden Vater und einer mit ophthalmischer Migräne belasteten Mutter, hatte 18 Geschwister, von welchen 8 früh starben, einige unter Convulsionen; die lebenden sollen gesund sein. Eine der des Pat. ähnliche Krankheit kommt in der Familie nicht vor.

D. kam normal zur Welt, erkrankte mit 3 Monaten an Convulsionen und litt daran 9 Monate lang. Während dieser Zeit entwickelten sich die nachstehend zu berichtenden Athetoseerscheinungen an den Oberextremitäten. Mit 7 J. zeigte sich eine seither bestehende Struma. Pat. war ein geistig schwach veranlagter Knabe, ein schlechter Schüler, der jedoch trotz seiner Handkrämpfe ganz gut schreiben konnte. Im Gehen und Sprechen hatte er sich zur normalen Zeit entwickelt.

Mit 28 J. bekam er r. Blepharospasmus, der mit 31 J. auch auf dem l. Auge auftrat, zugleich mit krampfhaften Verziehungen im Gesicht, zuerst r., dann aber auch und vornehmlich l.

Im Schlaf cessirten diese Krämpfe.

Stat. praes.: Kräftig gebautes, ziemlich gut genährtes Individuum, ohne vegetative Störungen.

Struma parenchymatosa mässigen Grades.

Keine Oedeme, keine Kachexie.

Schädel leicht blasig, Tubera prominent, Cf. 57,5 cm.

Geringe Intelligenz. Hirnnerven intact, bis auf das Gebiet des Facialis. Im Gesicht laufen sehr häufig wiederkehrende Krämpfe ab. Sie sind meist tonisch, selten clonisch und dann träge sich vollziehend.

Sie bestehen in Corrugation, Stirnrunzeln, Augenschluss, seitlichem Verziehen und Heben eines Mundwinkels, Aufziehen des Kinns und sind r. stärker ausgeprägt als l.

Auch in der Ruhe sind die Lidspalten enger als normal, desgleichen verharren Corrugatores und Mm. frontales in einem gewissen Contractionszustand. Die willkürliche und mimische Bewegung ist im Zustand der Ruhe ungestört, jedoch bewirkt der Versuch, die Stirne zu runzeln, sofort krampfhaften Verschluss der Augen.

Pat. klagt fortwährend Stechen und Brennen im Bindehautsack, welche Sensationen sich beim Eintreten der Krämpfe jeweils steigern. Dabei hat er ein Gefühl von Starre der Lider, das ihn veranlasst, dieselben zu reiben. Ein Bindehautkatarrh besteht nicht.

Die Sprache ist leicht verwaschen, die Articulation unrein. Beim Sprechen kommt es öfters zu einer krampfhaften Verziehung der Mundwinkel. Die mechanische Erregbarkeit im Facialisgebiet ist nicht erhöht.

An Stamm und Wirbelsäule normale Verhältnisse. Die r. Scapula steht höher als die l., die r. Schulter mehr vorwärts als die andere.

Die OE. sind in einem fast continuirlichen Zustand der Verkrampfung mit gebeugten und pronirten Ellbogen- und leicht volarflectirten Handgelenken, die aber unschwer passiv streckbar sind.

An den Fingern laufen athetoseartige Bewegungen ab im Sinne der Flexion, Abduction, Streckung, vorwiegend in den Metacarpophalangealgelenken. Diese, aber auch sämmtliche anderen Fingergelenke sind schlaff und abnorm überdehnbar bei passiver Bewegung. Mit den Athetosebewegungen der Finger sind häufig leichte Krampferscheinungen in den Handgelenken verbunden. Die Willkürbewegung ist durch diese krampfhaften Erscheinungen sehr beeinträchtigt.

Nirgends an den OE. finden sich sichere Residuen einer Herderkrankung, weder Ausfälle der Sensibilität, noch der Motilität oder Atrophien. Die grobe Muskelkraft ist aber allenthalben gering. Dynamometer r. nur 6, l. 8 Ko.

An den UE. findet sich keine Störung, jedoch sind die tiefen Reflexe gesteigert. An den OE. ist diese Steigerung noch mehr ausgesprochen, auch die directe Muskelerregbarkeit ist gesteigert.

Pat. verweilte nur kurze Zeit an der Klinik und wurde erfolglos mit Thyreoideatabletten behandelt.

Beob. 2.

R., 46 J., Privat., aufgenommen 20. 4. 97, stammt von einem Vater, der an Apoplexia cerebri starb. Auch dessen Vater soll an Haemorrhagia cerebri zu Grunde gegangen sein. Die Mutter und eine Schwester des Pat. leiden an Cephalaea. Fünf weitere Geschwister sind gesund und

rechtzeitig geboren. Pat. ist Siebenmonatkind, wurde mühsam am Leben erhalten. Lues lässt sich bestimmt ausschliessen.

Sechs Monate alt, bekam B. einen cerebralen Insult (Bewusstlosigkeit, Daliegen wie „todt“ durch eine Stunde). Ob Convulsionen damit verbunden waren, ob Folgeerscheinungen, daran weiss sich die Mutter nicht mehr zu erinnern. Sie weiss nur, dass das jetzt noch bestehende Leiden schon im 1. Lebensjahre aufgetreten ist.

Sprech- und Gehversuche fanden zur rechten Zeit statt. Pat. gelangte aber nur zu mühsamem Gehen im Gehkorb und seine Sprache sei gleich von Anfang an gestört gewesen. Eine Lähmung sei nie bemerkt worden. Intensität und Extensität der jetzigen motorischen Störungen bestehe unverändert seit mindestens 20 Jahren.

Pat. überstand mehrere Kinderkrankheiten ohne bemerkbare Folgen. Eine Psoriasis vulgaris besteht bei ihm seit dem 7. Jahr. Er war von jeher erregbar, jähzornig, fühlte sich grundlos gegenüber den Geschwistern zurückgesetzt. Die geistige Begabung sei nicht schlecht gewesen. Er lernte die Muttersprache und Französisch ziemlich leicht, auch Rechnen. Zum Schreiben gelangte er vermöge seiner motorischen Störungen nicht. Seit einem Sturz beim Gehen, ohne Verletzung, mit 15 J. machte Pat. keine Gehversuche mehr. Er verweilte seither im Bett oder im Lehnstuhl. Er konnte sich nicht selbst aufrichten, musste gefüttert werden. Unreinlichkeit kam nie vor.

Stat. praes.: Pat. klein, gracil, Schädelumfang 56 cm, Supraorbitalbogen wulstig vorspringend. Zähne grösstentheils ausgefallen, Kiefer atrophisch, Spuren von Rachitis am Thorax.

Vegetative Functionen ungestört. Volle Virilität. An dem Pat. fällt auch in der Ruhe und in Bettlage ein continuirliches krampfhaftes Muskelspiel auf, das nur im Schlaf, bis auf minimale Erscheinungen an Fingern und Zehen, aufhört und durch Intention und namentlich Emotion bedeutend gesteigert wird, sodass Pat. als ein grimassirendes, sich windendes, reckendes, streckendes, regionär zuckendes, zappelndes Wesen sich darstellt.

Am intensivsten und constant sind Hände und Füsse von ganz ziellosen, uncoordinirten, äusserst träge ablaufenden Krampfbewegungen befallen. Die Finger und Zehen werden in der rücksichtslosesten Weise bis zu den extremsten Stellungen gebeugt, gestreckt, gedreht, gespreizt und lösen fortwährend die verschiedenen Phasen einander ganz regellos ab. Eine abnorme Schlaffheit und Ueberdehnbarkeit der Fingergelenke leistet diesen extremen Bewegungen Vorschub.

An den grossen Gelenken der Extremitäten laufen ebenso langsam

Bewegungen ab, wobei einzelne Phasen bis zu Minutenlänge unabgelöst bleiben.

So findet man Phasen, in welchen die Oberarme fest an den Thorax gepresst und nach aussen rotirt, Vorderarm und Hand in extremer Beugestellung, letztere sehr stark pronirt und ulnarflectirt erscheinen. Darauf folgt Streckung des Armes in allen Gelenken, zugleich mit Erhebung nach vorne. In den UE. laufen analoge Krampfbewegungen ab, indem Ober- und Unterschenkel bald stark gebeugt, bald tetanisch gestreckt werden. Weniger als die Extremitäten sind die Rumpfmuskeln betheiligt. Der Stamm wird im Bett hin- und hergewälzt, schlangenartig gedreht, nach rückwärts gebeugt; der Bauch erscheint bald eingezogen, bald aufgebläht, das Becken nach allen Seiten gedreht. Auch der Kopf wird geneigt, rückwärts in die Kissen gebohrt und gedreht.

Sehr bedeutend ist die Betheiligung der Gesichtsmuskeln. Das Gesicht wird durch beständige Grimassiren entstellt und zum Ausdruck der wirklichen Stimmung des Pat. ganz unfähig.

Bei jedem Versuch dazu steigern sich die Krämpfe und gehen auch auf die Sprachmusculatur über. Versucht Pat. z. B. für eine kleine Dienstleistung zu danken, so wird das Gesicht durch die heftigsten Grimassen verzerrt, die Unruhe des ganzen Körpers steigert sich, Pat. bringt Anfangs statt Worte nur ein wieherndes oder grunzendes Lachen hervor, bis er endlich, nach vielfachen und vergeblichen Anstrengungen, mühsam und abgehackt ein „Dan—ke" hervorpresst. Aber auch in der Ruhe sind Gesichtsmuskeln und Sprache von beständigen Krampferscheinungen gestört. Der Mund wird gespitzt, die Lippen umgestülpt, rüsselartig vorgestreckt oder auch zurückgezogen, die Mundwinkel weit nach einer oder beiden Seiten verzogen, wobei häufig auch das Platysma sich anspannt; die Stirne wird gerunzelt, in Querfalten gelegt, die Augen werden krampfhaft geschlossen oder weit aufgerissen.

Die Sprache ist abgehackt, scandirend. Die einzelnen Silben werden mühsam, explosiv hervorgestossen, oft überlaut, fast schreiend, vollständig von einander getrennt, ohne Modulation, öfters mit ganz unarticulirten und gurgelnden Tönen untermischt.

Selten sind die Kiefer betheiligt und zwar in Gestalt unwillkürlicher Oeffnung oder Schliessung derselben. Die Gaumenbögen werden nach oben gezogen oder nach einer Seite gezerrt. Auch das Kauen und Schlingen ist oft durch Krämpfe gestört. Pat. behauptet, dass ihm häufig flüssige Nahrung per nasum regurgitire, was aber in der Klinik nicht zu beobachten ist. Gelegentlich werden auch wiederholte krampfhafte In- oder Exspirationen mit schnarchendem oder röchelndem Geräusch constatirt. Dyspnoe oder Cyanose kommt nicht vor.

Alle die erwähnten Bewegungen erscheinen als athetotische, vermöge ihres äusserst langsamen Ablaufes.

Anders ist es mit der Zunge, die auch in der Mundhöhle in permanenter Bewegungsunruhe ist, sich wölbt, bäumt, hin- und hergewälzt wird, gelegentlich herausgestreckt oder auch zurückgezogen wird. Diese Krämpfe laufen mit bemerkenswerther Raschheit ab und erinnern vielmehr an Chorea, als an Athetose. Auch einzelne grimassirende, tikartige Gesichtsbewegungen machen diesen Eindruck, gleichwie an den Extremitäten gelegentlich auftretende ruck- und schleuderartige, überaus rasch einsetzende und ablaufende Krampfbewegungen. All' dies macht bei längerer Beobachtung den Eindruck, als bestehe neben der Athetose eine Chorea, die aber vor lauter Athetosekrämpfen nicht oder nur unvollkommen zur Entäusserung gelange.

Ganz frei von Krampferscheinungen sind nur die Augenmuskeln.

Eine sichere Prüfung auf Residuen von Herderkrankungen im Gehirn in Gestalt von Lähmungen u. s. w. ist bei dem Pat. nicht möglich. Das Bestehen solcher ist aber nicht wahrscheinlich. Localisirte Atrophien bestehen nirgends. Auffallenderweise sind aber auch die betreffenden Muskelgebiete trotz vieljähriger luxurirender Bewegungsaction nicht hypertrophisch. Die Patellarreflexe sind gesteigert.

Von Seiten der Sinnesorgane besteht keine Functionsstörung. Die cutane Sensibilität ist normal, die tiefe nicht untersuchbar. Pat. klagt über häufige Gelenkschmerzen. Psychisch bietet Pat. nichts Auffälliges, bis auf eine mit seiner Lage nicht im Einklang stehende Heiterkeit. Die Psyche scheint ungestört, jedoch ist eine genaue Prüfung wegen der Schwierigkeit der Verständigung nicht möglich. Pat. rechnet gut, spricht Deutsch und etwas Französisch und ist in seinem äusseren Verhalten vollkommen geordnet.

Der Zustand des Kranken hat sich in der mehrwöchentlichen Beobachtung in der Klinik nicht geändert. Amylenhydrat, Hyoscin. muriaticum zu 0,001 pro die erwiesen sich wirkungslos gegen die motorische Neurose. Eine Herabsetzung der groben Muskelkraft war nirgends und niemals nachzuweisen.

Der Unterschied der beiden letzten Fälle von dem ersten, im reifen Alter und idiopathisch aufgetretenen, ist nicht zu verkennen. Dieser lässt keine andere Deutung als im Sinne einer corticalen Neurose, analog einer idiopathischen Chorea zu, und gewinnt durch seine eigenthümliche Aetiologie, durch die Störungen der cutanen und tiefen Sensibilität im Rayon der Athetose, sowie durch den temporären Erfolg der Behandlung, ein eigenartiges Relief.

Die beiden letzten Fälle haben vielfache Analogien und lassen sich

bestimmt als solche von symptomatischer Athetose, im Anschluss an eine infantile Hirnerkrankung, die als eine doppelseitige gedacht werden muss, ansprechen.

Im Falle D., in welchem ursprünglich die Athetose auf die OE beschränkt ist und bemerkenswerther Weise erst nach ca. 30 Jahren als athetotische anzusprechende Krampferscheinungen im Facialisgebiet hinzutreten, finden sich Hinweise auf die ursächlichen Herderkrankungen, insofern beiderseits im Athetosegebiet die grobe Muskelkraft herabgesetzt ist und die tiefen Reflexe gesteigert erscheinen. Im Falle B. gelingt ein solcher Nachweis nicht, aber die auch hier offenbar an einen cerebralen Insult sich anschliessende Entstehung der Krankheit spricht zu Gunsten ihrer Auffassung als einer symptomatischen. Bekanntlich entwickelt sich Athetose am leichtesten da, wo das Gebiet der betreffenden cerebro-musculären Bahnen nur gestreift, nicht aber zerstört wird. Damit erklärt sich die Thatsache, dass ausgesprochene Lähmung, spastischer Charakter derselben u. s. w. nur ausnahmsweise mit Athetose verbunden sind.

Die Analogie der Hemiathetose mit der schon früher bekannten Hemichorea posthemiplegica hat schon Oulmont (1878) auf den richtigen Weg gewiesen, die erstere auf eine Herderkrankung (infantile Cerebrallähmung, wohl durch Polioencephalitis) zu beziehen und die bilaterale Athetose auf eine doppelseitige Localisation zurückzuführen, welcher Anschauung Richardière, Gowers, Gilotteau, Osler, Simpson, Massalongo, Freud u. A. beigetreten sind. Mit Recht hält aber Audry (1892) diese Anschauung nicht für alle Fälle von bilateraler Athetose zutreffend. Er verweist in dieser Hinsicht auf Fälle bei Erwachsenen und Kindern, bei denen eine Beziehbarkeit auf eine Herderkrankung nicht nachweisbar war. Ein solcher Fall dürfte auch der obige von mir 1889 mitgetheilte sein. Gerade wie es eine posthemiplegische, organisch bedingte und eine idiopathische, neurotische Chorea giebt, ebenso ist es denkbar, dass dies auch bei der verwandten Athetose der Fall sei, nur muss aus der Erfahrung zugegeben werden, dass Fälle idiopathischer Athetose zu den grössten Seltenheiten gehören.

Literatur der Athetosis duplex. Abhandlungen: Michailowsky, étude clinique sur l'athétose double, nouvelle iconographie de la Salpêtrière V. p. 57. 239; Audry, l'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance Paris, 1892 (Sammlung von 79 Fällen der Krankheit); Sharkey, spasm in chronic nerve disease 1886; Brissaud et Hallion, revue neurolog. 1893, 12. 15.

Casuistik (über Ath. duplex symptomat. im Anschluss an Herderkrankungen des Gehirns): Ross, on the spasmodic paralyses of infancy. Brain 1882; [illegible], contribut. à l'étude de l'atrophie cérébrale infantile, Thèse de Paris 1882; Greidenberg, Vratsch, St. Petersburg 1882. III. p. 657; Pollak, Berlin. klin. Wochenschr. 1886; [illegible]

Hospitals Tidende 1886; Beach, Brit. med. journal 1879, p. 815; Blocq et Blin, Revue de médecine 1888; Hall White, Brain 1887, p. 237; Kurella, Centralbl. f. N. Heilkde. 1887; Massalongo, collez. ital. di letture sulla medicina. Serie V, Nr. 3; Dejerine et Sollier, Bull. de la soc. anatom. 1888; Brousse, Gaz. hebdom. des sciences méd. de Montpellier 1888; Chavanis, Loire méd. 1891, 15 März; Bourneville et Pilliet, Archiv. de neurol. 1887, Nr. 42 u. 1888, p. 386; Greenlees, Brain 1887; Hughes, weekly med. Rev. St. Louis 1887, XV, p. 561; Ollivier, leçons clin. sur les malad. des enfants 1889, p. 155; Barrs, med. Times and Gaz. 1885, p. 144; Hughes, Alienist and Neurol. 1887, VIII; Kinnicutt, Boston med. Journ. 1878; Massalongo, rivista veneta di scienze med. 1890; Osler, americ. neurolog. assoc. of Washington 1891; Putnam, journal of nerv. and mental disease 1891, 1892 Febr.; Michailowsky, op. cit., p. 60, 72, 85, 296, 297, 302, 304; Spehl, Journal de neurolog. et d'hypnot. I, p. 156; Clifford Albutt, med. Times and Gazette 1892, Jan. 27; Pennato, Archiv. ital. di clin. med. 1893; Hugh Hagan, New York med. Journ. 1892, 16. Jan.; Lannois, Bull. méd. 1893, 31; Massalongo, Gaz. degli ospedali 1894, No. 138; Papinio, Arch. ital. di clin. med. 1894, XXXII.



IV.

VARIA.



Gutachten des k. k. Obersten Sanitätsrathes

bezüglich der gesetzlichen Regelung des Hypnotismus in Oesterreich.*)

(Referent: Hofrath Professor **Dr. R. Freiherr v. Krafft-Ebing.**)

Die früher auf eine eigene Naturkraft, genannt animalischer Magnetismus, irrthümlich zurückgeführte Erscheinung der Beeinflussbarkeit von Individuen in ihren leiblichen und geistigen Functionen durch Dritte, vermittelst besonderer auf Einschläferung gerichteter Manipulationen, hat eine in neuerer Zeit wissenschaftliche Klärung erfahren, nach welcher es sich hier wesentlich um psychische Einwirkungen (sogenannte Suggestionen) von einer Person auf die andere, künstlich durch Hervorrufung von schlafähnlichen Zuständen, besonders empfänglich (suggestibel) gemachte Persönlichkeit handelt.

Dieser Erkenntniss entspricht die Verdrängung des Ausdruckes „animalischer Magnetismus" und seine Ersetzung durch das Wort „Hypnotismus" als Bezeichnung für alle durch jene psychischen Einwirkungen sich ergebenden Thatsachen und Erfahrungen.

Da diese für die Physiologie und Pathologie des Nervensystems höchst bedeutsam sind, da die Anwendung hypnotischer Proceduren zu Heilzwecken nicht selten unerwartete Erfolge bietet, welche ohne jene medicinisch nicht erzielbar wären, erscheint es Aufgabe der Wissenschaft und Therapie, die Thatsachen des sogenannten Hypnotismus zu erforschen und therapeutisch zu benützen.

Die bisherige Forschung hat aber zugleich ergeben, dass diese subtile Art der Psychotherapie in unberufener ungeschickter Hand erheblichen Schaden für die Nerven- und geistige Gesundheit stiften kann.

Damit erwächst der Staatsverwaltung Recht und Pflicht, darüber zu wachen und dafür zu sorgen, dass nicht etwa durch missbräuchliche

*) Wochenschrift „Das österreichische Sanitätswesen" 1896, 30.

Anwendung des Hypnotismus eine solche Schädigung wirklich herbeigeführt werde.

Durch das Auftreten eines medicinischen Hochstaplers Messmer, des Begründers der vermeintlichen Wissenschaft vom animalischen Magnetismus in Wien, Anfangs der Siebziger-Jahre des 18. Jahrhunderts und durch die schädlichen Folgen seiner roh empirischen, rücksichtslosen mercantilen Verwerthung der von ihm entdeckten Kunst, war die österreichische Staatsverwaltung schon sehr früh in der Lage, zu solchen Fragen Stellung nehmen zu müssen. Anlass dazu bot nach der Landesverweisung Messmers, der 1778 nach Paris verzog, das Ersuchen eines praktischen Arztes Scherr in Wien, magnetische Curen verrichten zu dürfen.

Die bezüglichen Acten reichen bis 1794 zurück.

In diesem Jahre, im October, berichtete die medicinische Facultät, welche über Auftrag der Regierung die Behandlungsweise Scherr's untersucht hatte, dass diese neue Heilart in die Classe des thierischen Magnetismus gehöre, folglich zu den von Schwärmern vertheidigten, von Aufgeklärten verlachten und wegen des durch sie herbeigeführten menschlichen und politischen Unfuges an mehreren Orten landesverwiesenen Messmeriaden.

Scherr behaupte, dass seine Somnambule auch mit geschlossenen Augen sehe und in diesem Zustande die Krankheiten der Menschen erkenne. Aber die Facultäts-Commission habe bei der Probe, welche sie anstellte, sich davon nicht überzeugen können.

Scherr habe sich dabei auffallend verlegen und befangen gezeigt, seine Manipulationen mit dem Baquet, wohin der Lebensäther aus der Atmosphäre mittelst eisernen Drahtes gezogen werde, für ein Geheimniss erklärt, das er nicht verrathen könne und dadurch das grösste Misstrauen hervorgerufen.

Daraufhin verbot die Regierung dem Scherr das Einschläfern, als eine Gaukelei. Bezüglich des Baquets war sie zwar der Ansicht, dass dies auch eine Gaukelei sei, hielt aber dafür, Scherr zu ermahnen, er solle der Facultät die Kräfte seines Baquets enthüllen und sicherte ihm zu, dass, wenn diese sich von dessen Kräften überzeugen sollte, Scherr ein Privilegium zum ferneren Gebrauche des Baquets erhalten werde.

Unterm 20. Februar 1795 erschien Folgendes

Hofkanzlei-Decret:

„An dem an Scherr erlassenen Verbot alles ferneren Einschläferns und dergl. Gaukeleien, ist ganz recht geschehen; so viel es aber das sogenannte Aetherisiren betrifft, so glaubt man gerne, dass wenn di-

mit doch eine gute Wirkung geschieht, dies nicht dem Baquet, sondern lediglich der exaltirten Einbildungskraft der Patienten zuzuschreiben und die Sache ebenfalls nichts als Gaukelei sei; da jedoch die medic. Facultät diese Operation der menschlichen Gesundheit nicht schädlich findet, so ist zwar diese Curart nicht zu autorisiren, aber auch nicht zu verbieten, dass, wenn Jemand das Vertrauen darauf setzt, er solche gebrauchen und zu Scherr als einem geprüften Arzt und seinem vermuthlich eingebildeten Heilmittel seine Zuflucht nehmen möge.

Es ist sich also diesfalls lediglich conniviendo zu verhalten und weder auf die Eröffnung des sogenannten Arcani zu dringen, noch weniger aber von einer Ablösung desselben oder Zusicherung eines Privilegii Meldung zu thun.

Nur ist Scherr alle diesfällige Publicität, die Bestimmung gewisser Tage und Stunden, die Offenhaltung eines eigenen Zimmers für Jedermann zu dieser Operation zu verbieten und besonders scharf diesem vorzuschreiben, dass sie nur an Einzelnen, die dies verlangen und nicht bei und an ganzer Gesellschaft vorgenommen und Gelegenheit zu einem Zusammenfluss von Menschen gegeben werde, worauf, dass es geschehe, Regierung ein wachsames Auge zu tragen hat."

1815 resolvirte die Regierung anlässlich Schwierigkeiten, die sich hinsichtlich der Anwendung magnetischer Curen durch die Aerzte: Malfatti, Röhrich, Gölis ergeben hatten, man habe sich nach der Verordnung vom 20. Februar 1795 zu benehmen.

Eine ähnliche Resolution erfolgte am 8. Juli 1824, wonach das Verbot der Anwendung des sogenannten Biomagnetismus dahin abgeändert wird, dass es den Doctoren der Heil- und Wundarzneikunde gestattet wird, den Biomagnetismus unter gewissen Bedingungen, wie sie 1795 bestimmt wurden, auszuüben, jedoch ausschliesslich zu Heilzwecken.

1845 erfolgte über ein Gesuch des Prof. Lippich, den Lebensmagnetismus als Heilmittel anwenden zu dürfen, eine letzte Allerhöchste Entscheidung (Hofkanzlei-Decret vom 26. October 1845, Z. 36098), deren Bestimmungen folgende sind:

1. Nur an inländischen Universitäten promovirten Med. und Chir. Doctoren und zur Praxis berechtigten, ist die Ausübung des thierischen Magnetismus gestattet;

2. Nichtärzten, sowie insbesondere Patronen und Magistern der Chirurgie bleibt die selbständige Ausübung magnetischer Curen unbedingt verboten.

3. Jeder berechtigte Arzt, der eine magnetische Cur unternimmt, hat in Wien dem betreffenden Polizei-Bezirks- oder Stadtarzte die An-

zeige zu erstatten, auf dem flachen Lande aber dem betreffenden Districts- oder Kreisarzte.

4. Ueber den Verlauf der Cur selbst ist ein vollständiges, den Behörden auf Verlangen vorzulegendes Tagebuch zu führen und denselben auch sonst jede zur gehörigen Beurtheilung des Falles in medicinisch-polizeilicher Hinsicht erforderliche Auskunft zu ertheilen.

5. Die betreffenden Polizei- u. s. w. Aerzte haben die Anzeige der betreffenden Polizei-Direction, Polizei-Commissariaten, Kreisämtern zu überreichen und in den jährlichen zu erstattenden Hauptsanitätsberichten diejenigen Aerzte zu bezeichnen, welche sich mit magnetischen Curen befassen, sowie ihre Wahrnehmungen und Bemerkungen über die Erfolge derselben beizusetzen.

6. Ordinationen von Somnambulen für andere Kranke können nur unter specieller Vermittlung des dabei zu Rathe zu ziehenden Arztes geschehen und sind ohne eine solche Vermittlung, wie oben sub 2, zu bestrafen.

7. Die Besuche der Somnambule von Seiten der Aerzte zu ihrer eigenen Belehrung, sowie die Vornahme von Versuchen an ihr, die mit derlei Versuchen etwa verbunden werden wollen, sind nur dann gestattet, wenn die Somnambule Besuche von fremden, ausserhalb des Kreises ihrer Verwandten und Bekannten stehenden Personen annimmt.

Ist Letzteres nicht der Fall, so sind diese Besuche nur den von dem ordinirenden Hausarzte eingeführten oder zur Consultation verlangten Aerzten erlaubt.

8. Das Heranziehen von Somnambulen aus dem gesunden Zustande, ohne irgend einen Heilzweck dabei zu verfolgen, ist, ebenso wie das Steigern des Somnambulismus auf einen höheren Grad als eben die vorgenommene ärztliche Cur nach den ärztlichen Grundsätzen erfordert, auf das Strengste untersagt.

9. Magnetische Behandlungen in ganzen Versammlungen, mögen sie mit oder ohne Baquet geschehen, sind im Allgemeinen untersagt und dürfen nur ausnahmsweise über eingeholte Bewilligung der Landesstelle statthaben.

10. Gegen jede den obigen Bestimmungen zuwiderlaufende Anwendung des Biomagnetismus, entweder durch unbefugte Personen oder zu unerlaubten und strafbaren Zwecken, ist von der Polizeibehörde einzuschreiten und gegen die Uebertreter entweder unmittelbar, oder nach Befund, durch ihre Ueberweisung an die competente Strafbehörde das Geeignete zu verfügen.

Insbesondere sind etwaige Verbindungen des Magnetiseurs mit Personen, die sich im wirklichen oder vorgespiegelten somnambulen Zu-

stande befinden, sorgfältig zu überwachen und gegen Vergehungen, die von Somnambulen durch unbefugtes Ordiniren von Arzneimitteln oder durch sonstige Ertheilung von ärztlichen Rathschlägen für andere Kranke verübt werden, die festgesetzten Strafen in Anwendung zu bringen.

Unter dem Eindrucke dieses Hofkanzlei-Decretes entstand der § 343 des Str.-G. vom Jahre 1852, welcher u. A. den Umstand, dass Jemand ohne gesetzliche Berechtigung zur Behandlung von Kranken als Heil- oder Wundarzt, sich mit der Anwendung von animalischem oder Lebensmagnetismus befasst, als Uebertretung erklärt.

Seither sind keine legislatorischen Acte zur Regelung des Hypnotismus in Oesterreich mehr erfolgt. Es geht dies aus einer Antwort des österreichischen Ministeriums vom 26. März 1891, auf eine Anfrage der kgl. grossbritannischen Regierung nach Gesetzen bezüglich der Anwendung des Hypnotismus hervor, wonach auf das obige Hofkanzlei-Decret verwiesen wird.

Zugleich heisst es in der erwähnten Antwort: „Obwohl diese Verordnung den gegenwärtigen Verhältnissen nicht mehr vollkommen entspricht, hat sich hinsichtlich der Ausübung des Hypnotismus bisher keine genügende Veranlassung ergeben, besondere Bestimmungen zu treffen.“ Diese Bemerkung bezieht sich offenbar nur auf die therapeutische Anwendung des Hypnotismus, denn es ist bekannt, dass wiederholt dem Unfuge öffentlicher hypnotischer Vorstellungen durch reisende Hypnotiseure polizeilich entgegengetreten werden musste.

Um der Gesetzgebung und Polizeiverwaltung entsprechende wissenschaftliche Grundlagen und Aufschlüsse bezüglich der Regelung des Hypnotismus geben zu können, erscheint es vor Allem nothwendig, die Umstände, unter welchen der Hypnotismus zur Anwendung gelangt, zu erörtern und dabei scharf seine Anwendung Seitens gesetzlich autorisirter, d. i. ärztlicher Personen und Seitens Profaner, Unberechtigter, zu unterscheiden.

Was die heilärztliche Anwendung des Hypnotismus betrifft, so ist dieselbe seit Decennien von der österreichischen Gesetzgebung anerkannt und durch § 343 des Str.-G. ausschliesslich der Domäne des ärztlichen Wirkens zugewiesen. Diese Bestimmung ist eine höchst werthvolle, und, Angesichts der Gefahren, welche nicht sachverständige Anwendung des Hypnotismus herbeiführen kann, unter allen Umständen beizubehalten. Jedoch erscheint es wünschenswerth, dass in einer künftigen Strafgesetzgebung, entsprechend der wissenschaftlichen geänderten und fortschrittlichen Auffassung Dessen, was man früher animalischen Magnetismus nannte, der Terminus „Hypnotismus“ eingeführt werde.

Beim gegenwärtigen Stande der Studien- und Rigorosenordnung, in welcher Psychiatrie weder obligates Studium noch Examensfach ist, muss allerdings angenommen werden, dass mancher Arzt wohl de jure, nicht aber de facto das Gebiet der Hypnose beherrscht; da aber das genannte Fach bald obligat werden dürfte, kann von diesem Mangel abgesehen werden.

Eine andere Frage ist es, ob die hypnotische Behandlung durch Aerzte einer staatlichen Controle, etwa im Sinne des Hofkanzlei-Decretes vom Jahre 1845, auch künftig unterstehen soll.

Ueberblickt man die Bestimmungen jenes Hofkanzlei-Decrets, so kann man sich dem Eindruck nicht verschliessen, dass sie unter Vorstellungen einer geheimnissvollen, geradezu mystischen und damit unabsehbare Tragweite und Gefahr involvirenden Anwendungsweise unbekannter Naturkräfte entstanden sind, welcher Bedeutung die hypnotische Heilmethode von der vorgeschrittenen Wissenschaft, die sie nur als eine besondere Art psychischer, speciell suggestiver Therapie erkennen lehrte, gründlich entkleidet wurde. Angesichts der Thatsache, dass heutzutage allenthalben hypnotische Therapie geübt wird, sogar per nefas von Laien, mit Berücksichtigung ferner der Erklärung des Ministeriums vom Jahre 1891, dass hinsichtlich der Ausübung des Hypnotismus bisher kein genügender Anlass sich ergab, besondere Bestimmungen zu treffen, obwohl diejenigen des Hofkanzlei-Decretes vom Jahre 1845 schon längst in Vergessenheit gerathen waren, kann nicht eingerathen werden, die Bestimmungen jenes Decretes sub 3, 4, 5 aufrecht zu erhalten, da sie eine ganz zwecklose Belästigung der Aerzte, Sanitäts- und Polizeibehörden, endlose Vielschreibereien bedeuten und an Orten, wie Wien z. B., die Creirung eines eigenen sanitätspolizeilichen Bureaus ad hoc nöthig machen würden.

In den Bestimmungen des Hofkanzlei-Decretes vom Jahre 1845 fehlt eine, die in verschiedenen Rechtsgebieten, u. A. neuestens in Ungarn, getroffen wurde, nämlich die staatliche Verfügung, dass eine hypnotische Behandlung nur in Gegenwart eines Zeugen zulässig sei. Diese Verfügung entspringt offenbar der durch Laboratoriumsexperimente und durch Sensationsromane in Laienkreisen geweckten Furcht vor der Möglichkeit der Bestimmung von hypnotisirten Individuen zu posthypnotischen Suggestionen in Gestalt unmoralischer oder verbrecherischer Handlungen, sowie aus thatsächlicher Gefahr, dass ein ehrvergessener, verbrecherischer Arzt ein hypnotisirtes weibliches Individuum zur Erduldung von Beischlaf und zu anderen sexuellen Delicten missbrauchen könnte.

Die erstere Befürchtung ist in der Erfahrung nicht begründet, denn

obwohl alle Welt und damit auch der Verbrecher diese angebliche Gefahr kennt, sind solche Fälle bisher nicht zur Kenntniss der Gerichte gekommen und da, wo man sie als vorhanden glaubte (Process Bompard-Eyraud in Paris, Process Cynski in München), erwies die Gerichtsverhandlung ihr Nichtvorhandensein. Zudem handelte es sich um angebliche Hypnose durch Nichtärzte.

Die zweite Gefahr hat sich als eine thatsächliche erwiesen, insofern als bezügliche Verbrechen an Hypnotisirten von Aerzten begangen, in den Annalen der Justiz verzeichnet sind. Aber diese Gefahr besteht auch anlässlich der Chloroformirung, Ohnmächtigwerden, Verfallen in Bewusstlosigkeitszustände, Seitens nervenkranker weiblicher Individuen. Bedenkt man, dass ein anständiger Arzt, wenn eine Clientin bewusstlos wird, sofort Zeugen herbeirufen wird, dass Aufhebung des Bewusstseins (Lethargie, Somnambulismus) nur ausnahmsweise durch hypnotische Beeinflussung erzielt wird, dass die obigen Verbrechen durch §§ 125 bis 128 des Str.-G. ihre Ahndung finden, so erscheint es überflüssig, dem Arzte Hypnose nur in Gegenwart eines Zeugen zu gestatten, zumal da der Fall Levy in Frankreich lehrt, dass derlei Verbrechen sogar in Gegenwart eines Zeugen möglich sind.

Eine solche Forderung verstösst aber auch gegen das vertrauliche Verhältniss, in welchem der Arzt einem Clienten gegenüber sich befindet, ein Verhältniss, das vielfach dem eines Beichtvaters einem Beichtkinde gegenüber gleichkommt.

Gerade der hypnotischen Behandlung fallen sehr delicate Angelegenheiten der Clienten zu, z. B. die Befreiung eines jungen Mädchens von Onanie durch Suggestivbehandlung, die gleichwohl der einzige Weg zur Erlösung von solchem Uebel sein kann.

In solchen und gar vielen anderen Fällen wäre nur eine taube Person als Zeuge zu verwerthen.

Eine solche Verordnung könnte nicht gutgeheissen werden, denn sie wäre ein zu bedenklicher Eingriff in die ärztliche Discretionssphäre und würde die hypnotische Suggestionsbehandlung gerade da oft unmöglich machen, wo sie allein Hilfe gewähren kann.

Solche Angelegenheiten sollten dem Tacte des Arztes überlassen bleiben.

Was die Anwendung der Hypnose in profanen Händen betrifft, so kommen in Betracht:

1. Hypnose als Sport oder als Heilversuch Seitens Laien. Dagegen richtet sich § 343 des Str.-G. (gleichwie Bestimmung des Hofkanzlei-Decretes vom Jahre 1845).

2. Hypnose als Gewerbe durch sogenannte Somnambulen, und zwar wirklich in solchen Zustand versetzte oder (häufiger) ihn nur vortäuschende. Die Clairvoyance solcher Personen hat sich als Irrthum, beziehungsweise Schwindel erwiesen, und Z. 6, 8 des Hofkanzlei-Decretes thut ihnen zu viel Ehre an, indem sie Modalitäten, unter welchen solche therapeutische Heilseherinnen geduldet werden sollten, fixiren.

Diese Annahmen des Hofkanzlei-Decretes fussen auf irrigen Voraussetzungen und können legislativ künftig keine Berücksichtigung finden.

Wissenschaftlich kann nur die Forderung erhoben werden, dass, wo immer solche Somnambule auftreten und Clienten anlocken, die Polizei ihnen das Handwerk legt.

Sucht ein Arzt Erwerb im Verband mit einer solchen Somnambule (Process Dr. Gratzinger-Schaflarik, Wien 1894), so ist es Sache der Aerztekammer, ihm derlei Schwindel und unlauteren Erwerb unmöglich zu machen.

3. Zu den gefährlichen Anwendungen des Hypnotismus gehören öffentliche Schaustellungen durch ambulante Hypnotiseure (Hansen, Wien und a. O.), da sie, um Erfolge zu erzielen, rücksichtslos, ja gefährlich gegen ihre Medien vorgehen und massenhaft Imitation und Sport züchten.

Die gleiche Gefahr erwächst durch Amateure in Privatzirkeln.

Dagegen sind im Sinne der Z. 9 und 10 des Hofkanzlei-Decretes neuerlich polizeiliche Weisungen zu erlassen und hätte der Grundsatz zu gelten, dass unter allen Umständen derartige hypnotische Versammlungen oder gar Schaustellungen nicht zu gestatten, beziehungsweise zu inhibiren sind.

Da wissenschaftliche Untersuchungen auf dem Gebiete des Hypnotismus, nur wenn von Fachmännern und in Kliniken angestellt, gefahrlos und von Nutzen sein können, wäre ausserhalb dieser Bedingungen keine Möglichkeit denkbar, unter welcher jene ausnahmsweise über eingeholte Bewilligung der Landesstelle statthaben könnten, womit die bezügliche Möglichkeit in Z. 9 des Hofkanzlei-Decretes entfallen dürfte.

Gutachten des k. k. Obersten Sanitätsrathes

über die Berechtigung des spiritistischen Vereines . . . in . . . zur Anwendung des Hypnotismus.

(Referent: Hofrath Professor **Dr. R. Freiherr v. Krafft-Ebing.**)

Frau A. P. in . . . . wurde wegen Schlaflosigkeit, über ihr Bitten und in Gegenwart ihres Mannes, von dem Präsidenten des Vereines . . . K. durch etwa 6 Monate wöchentlich drei Mal in den Sitzungen des Vereins „magnetisch" behandelt, indem K. sie zuerst nach der Bernheim'schen Suggestionsmethode einschläferte und in diesem so erzielten Schlafzustande die Bestreichungen leidender Körpertheile vornahm.

Die P., welche übrigens schon lange vorher Zeichen von Geistesstörung im Sinne einer Paranoia bot, reagirte übel auf diese „magnetischen" Einwirkungen.

Sie klagte am 2. September 1895, sie sei nun dem Magnet vollständig verfallen, ihr Körper werde vom Magnet beherrscht. Es plagten sie überdies Quälgeister, die beständig zu ihr reden, sie weder schlafen noch essen lassen und nur auf ihren Ruin ausgehen. Sie wurde so aufgeregt, dass sie vorübergehend in der Beobachtungsabtheilung des Krankenhauses aufgenommen werden musste.

Da der Amtsarzt am 17. October 1895 fand, dass der P. durch diese Behandlungsweise Schaden zugefügt worden sei, wurde dem K. einstweilen das Hypnotisiren polizeilich untersagt, gegen ihn das Strafverfahren im Sinne des § 335 und § 431 österreichischen Strafgesetzbuches eingeleitet und der Antrag auf Auflösung des spiritistischen Vereines gestellt. Unterm 9. November 1895 recurrirte der Präsident des genannten Vereines zunächst gegen das Verbot des Hypnotisirens, „weil dadurch die Thätigkeit des Vereines, nämlich die im Gebiete der spiritistischen Erscheinungen liegenden Kundgebungen zu erforschen und deren Anwendung auf die moralischen, historischen, psychologischen und physi-

kalischen Wissenschaften zu untersuchen, vollständig lahm gelegt und unmöglich gemacht würde, denn ohne Anwendung des Magnetismus, beziehungsweise Hypnotismus wäre dies unmöglich."

Das solche Anwendung nur den Aerzten gestattende Hofkanzlei-Decret vom 26. October 1845 ist nach Ansicht des Recurrenten veraltet und nicht mehr giltig, da dasselbe durch den § 343 des Str.-G. derogirt wurde.

Er macht die Thatsache geltend, dass der Däne Hansen Anfangs der 80er Jahre im Ringtheater in Wien hypnotische Vorstellungen geben konnte, dass im Deutschen Reiche, wo das Heilgewerbe nicht an graduirte Aerzte gebunden ist, das magnetische Heilverfahren freigegeben ist und gesetzlich ungehindert ausgeübt wird. K. polemisirt ferner gegen den Amtsarzt, der behaupte, dass das Hypnotisiren schädlich wirke, es jedoch nicht aus eigener Erfahrung wisse, da in Oesterreich noch heute keine Lehrkanzel für animalischen Magnetismus, Hypnotismus, Spiritismus bestehe!

Oesterreichische Aerzte, die nicht beweisen, dass sie jahrelang dem theoretischen und praktischen Studium des Hypnotismus oblagen, können kein Urtheil über diese Behandlungsmethode abgeben. Gegen die Behauptung, dass der Hypnotismus gefährlich sei, führt Recurrent an, dass er ja überall als Heilpotenz anerkannt sei, wobei K. eine ziemliche Belesenheit in der wissenschaftlichen Literatur des Hypnotismus bekundet.

Dem spiritistischen Vereine das Hypnotisiren zu verbieten, hiesse ihn lahmlegen, dessen Zweck doch ist, „die Beweisführung des individuellen Fortlebens nach dem Tode des Leibes, dessen Ziel ist Vervollkommnung des Menschen".

Die Statthalterei beantragt gleichwohl beim Ministerium des Innern die Auflösung des Vereins, da er durch nach § 343 des Str.-G. verpönte Experimente seinen Wirkungskreis überschritten habe.

Der Verein petitionirte darauf um Ausserkraftsetzung des Hofkanzlei-Decretes vom 26. October 1845, Z. 33098, respective um die Verfügung, dass dem Vereine, in Abänderung des Verbotes (Hypnose zu treiben) gestattet werde, die Erforschung des spiritistischen Gebietes unter Anwendung des Magnetismus und Hypnotismus unbehelligt fortsetzen zu können.

Zur Entscheidung dieser Frage wird vom k. k. Obersten Sanitätsrathe ein Gutachten eingefordert.

Ueber Sitzungen des Vereines . . . . finden sich in den Acten bemerkenswerthe Mittheilungen des Herrn P., der häufig bei den Hypnotisirungen seiner Frau anwesend war. Die Sitzungen dauerten 2 bis 3 Stunden, beiläufig 50 Personen waren regelmässig anwesend. Zuerst

betete man, dann wurde das Erscheinen eines guten Geistes erfleht. Darauf wurde der „Ring" geschlossen, indem Einer dem Anderen die Hände auf die Knie legte. Nach etwa 5 Minuten schläft gewöhnlich Jemand ein. Dieser erhebt sich dann unter Zuckungen und Zittern und spricht über die im „Traum" sich bietenden Erscheinungen. Herr S., noch öfter dessen Frau, sind meist Medien.

Frau S. sprach oft über eine Stunde und war dabei oft ganz steif. Auch Schneider M. war oft Sprecher.

Zum Schlusse meldeten sich gewöhnlich Kranke zum Einschläfern.

Herr P. glaubt mit Recht, dass seiner Frau diese Proceduren schadeten, weil sie so viel betete und sich abmühte, ein gutes Medium zu werden.

Gutachten.

Aus den Depositionen des Zeugen P. geht mit Sicherheit hervor, dass unter einer Anzahl gleichgesinnter und gleichgestimmter Mitglieder des Spiritisten-Vereines . . . . unter dem Einflusse von künstlicher Erregung und Erwartungsaffecten einzelne nervös krankhafte Individuen quasi durch Autohypnose und Autosuggestion in einen psychischen Ausnahmszustand gerathen, in welchem sie sich in der Rolle von Geistersehern fühlen und die Delirien ihrer auf's Höchste gesteigerten Einbildungskraft den im minderen Grade exaltirten und jedenfalls höchst suggestiblen Mitgliedern als vermeintliche Enthüllungen aus dem Jenseits verkünden. Dass damit keine wissenschaftliche Leistung vollbracht wird und dass ein Verein, der derlei treibt, keine wissenschaftliche oder ethische Berechtigung zu existiren hat, bedarf keines Beweises.

Solche autohypnotische Experimente sind aber eine schwere Gefahr für die körperliche und geistige Gesundheit der an ihnen Theilnehmenden.

Aus den Schilderungen der Details, wie es in dem Vereine zugeht, ergiebt sich klar, dass die spiritistisch Inspirirten und das Wort Ergreifenden Nervenkranke sind, die in einer Art von hysterischer Extase, welcher oft Zuckungen und Zittern vorausgehen, in delirirender Weise, vermeintliche Enthüllungen aus dem Geisterreiche machen, wobei in einzelnen Fällen (Frau S.) sogar kataleptische Erscheinungen den psychischen Ausnahmszustand begleiten.

Dass der Verein seinen Wirkungskreis überschritten hat, insofern daselbst Hypnotisirungen zu Heilzwecken ausgeführt wurden, ist actenmässig festgestellt und wird auch von dem Präsidenten des gedachten Vereines nicht bestritten.

Damit ist der Thatbestand des § 335 des Str.-G. erwiesen.

Die der Frau P. zugefügte Schädigung an der leiblichen und geistigen Gesundheit durch solche Hypnotisirungen kann aber nur als eine Verschlimmerung eines schon lange vorher bestandenen körperlich und geistig krankhaften Zustandes bezeichnet werden und entzieht sich einer sicheren Schätzung.

Der Oberste Sanitätsrath kann nicht umhin, anlässlich dieses concreten Falles das hohe Ministerium darauf aufmerksam zu machen, dass das Treiben spiritistischer Vereine ein gesundheitsgefährliches an und für sich ist, auch wenn sie den Hypnotismus nicht in den Bereich ihrer Proceduren ziehen. Zur Motivirung dieses Ausspruches genügt es, auf die Vorgänge im spiritistischen Vereine . . . . . in . . . . zu verweisen, sowie auf das umfassende Gutachten, welches in Sachen des Spiritismus vom Obersten Sanitätsrathe am 22. December 1883 anlässlich eines Recurses des P. in B. gegen eine Entscheidung der k. k. Statthalterei in . . . ., welche die Bildung eines spiritistischen Vereins in B. untersagte, erstattet wurde.

Der einhellige Beschluss auf Grund des vom Prof. Schlager erstatteten Referates lautete damals dahin, dass durch das Lesen spiritistischer Schriften und durch die Vornahme sogenannter spiritistischer Experimente bei manchen Personen, besonders bei solchen, welche zu neuropathischen Zuständen disponirt sind, gesundheitsschädliche Wirkungen herbeigeführt werden können, speciell in Rücksicht ihres Geisteszustandes und dass daher die Motivirung, welche der k. k. Statthalterei in . . . . bei der Abweisung des Gesuches des P. zur Grundlage diente, vom psychiatrischen Standpunkte als vollkommen begründet und berechtigt erklärt werden muss.

Es ist im concreten Falle eine vollkommene identische Situation wie im Jahre 1883 vorhanden, insofern neuerlich eine von einem gewissen Josef K. in C. gebildete spiritistische Vereinigung durch Erlass der hohen k. k. Statthalterei in . . . . vom 10. September 1895 inhibirt wurde, und das Gutachten des Obersten Sanitätsrathes könnte auch in diesem Falle nur identisch mit dem von ihm im Jahre 1883 abgegebenen lauten.

Zur Verwerthung der Suggestionstherapie (Hypnose) bei Psychosen und Neurosen.*)

Mit Recht hat von jeher psychische Therapie bei psychisch Kranken Verwerthung gefunden. Schon im Alterthum, sicher zu biblischer Zeit, hat Suggestion z. B. in Gestalt von Händeauflegung, Gebet, Beschwörung u. dergl. bei Geisteskranken (speciell Hysteropathischen, Dämonomanischen) Erfolge erzielt.

Der Einfluss der psychischen Therapie auf die den psychischen Anomalien zu Grunde liegenden leiblichen Vorgänge kann ein indirecter und ein directer sein. — Ein indirecter Einfluss wird damit gewonnen, dass Stimmungen, Gefühle, Vorstellungen, Strebungen gewünschter Art hervorgerufen und dadurch auf leibliche Functionen der Circulation (Herz), der Verdauung, des Schlafes u. s. w. eine Wirkung erzielt wird. Eine directe Beeinflussung der Leiblichkeit durch Hervorrufung von psychischen Factoren (Vorstellungen) ergiebt sich aus der empirischen Thatsache, dass man durch Vorstellungen auf die Leiblichkeit einwirken, bezügliche Empfindungen hervorrufen, ja selbst leibliche Veränderungen bewirken kann. Unzählige psychisch Kranke (Hysterische, Neurastheniker, Hypochonder u. s. w.) besitzen diese Fähigkeit der autosuggestiven Beeinflussung ihres Nervensystems durch Vorstellungen, und eine Hauptaufgabe der Psychotherapie erscheint die Bekämpfung dieser autosuggestiven Vorgänge durch die indirecte oder directe zielbewusste Gegenwirkung des Arztes (Fremdsuggestion). Bekannt ist die Mangelhaftigkeit der Wirkung der Fremdsuggestion, sowohl per directen, als der indirecten bei solchen Kranken im wachen Zustand, in welchem ihre Autosuggestionen meist mächtiger sich erweisen, als die Contrasuggestion des Arztes.

Von grösstem Werth muss daher theoretisch ein Verfahren sein, mit Hülfe dessen die Macht der Autosuggestion verringert, bis auf Null

*) Wiener klin. Wochenschrift 1891, 43.

reducirt werden und zugleich die der Fremdsuggestion gesteigert werden kann.

Darauf beruht der eventuelle Sieg der Fremdsuggestion über die Autosuggestion und möglicherweise die Genesung des Kranken.

Es handelt sich hierbei aber nicht um einfaches Ausreden von Einbildungen, wie der Laie meint, nicht um Leistungen der Logik und Dialectik, sondern um complicirte psycho-physiologische Vorgänge, die nur der psychiatrisch gebildete Arzt verstehen und mit Aussicht auf Erfolg beeinflussen kann.

An einem häufig sich darbietenden Beispiele lässt sich dies erweisen. Ein Individuum leidet an einer psychischen Lähmung. Es bildet sich ein, seinen durch einen Eisenbahnunfall leicht contusionirten Arm nicht gebrauchen zu können. Es handelt sich also um eine Lähmung durch „Einbildung". Jedenfalls entspricht der chirurgische Befund nicht dem Grad der Functionsstörung.

Zweifellos hat die Vorstellung der Lähmung die eingetretene Lähmung bewirkt, aber dieser ungewöhnliche Erfolg einer Vorstellung im Leibliche beruht auf einer geistig-leiblichen Modification, einer molecularen Veränderung im Central-Nervensystem in Folge veranlagter und durch den ursächlichen Shok geschaffener gelegentlicher Bedingungen. Die eingetretene „psychische" Lähmung ist nur Theilerscheinung einer allgemeinen („traumatischen") Neurose. Diese Lähmung ist aber überdies nicht blos ein undefinirbares psychisches Etwas, sondern ein klinischer, auch somatisch sich manifestirender Symptomencomplex.

Abgesehen von traumatischem, eventuell durch Richtung der Aufmerksamkeit auf den leidenden Theil unterhaltenem und gesteigertem Schmerz und dadurch im Bewusstsein angeregter und wach erhaltener Vorstellung der Unfähigkeit zur Bewegung, hat die, gleichgiltig wie psychisch entstandene Lähmung einen Hemmungseinfluss auf das betr. Armcentrum in der Hirnrinde gewonnen, der sich in Aufhebung der cutanen Empfindung im Lähmungsgebiet, nach Umständen auch der Muskeln, Gelenke u. s. w. kundgiebt. Damit ist das Individuum der Innervationsgefühle und der Anregung derselben durch passive Bewegung verlustig. Zu diesem traumatischen Torpor des betr. Hirnrindencentrums kann sich Hemmung der Geltendmachung früherer Bewegungsanschauungen bis zu förmlicher Seelenlähmung gesellen — das Individuum, im Bannkreis seines Lähmungsgedankens, bekommt weder centripetale noch centrifugale Anstösse zur Bewegung mitgetheilt.

Damit erscheint seine Lähmungsidee psycho-physisch fundirt, leiblich gefestigt.

Aber auch Störungen der Circulation (Anämie) im Lähmungsgebiet, gesunkener Muskeltonus, Steigerung der tiefen Reflexe, als leibliche Erscheinungen der functionellen Störung, können das Bild der sogenannten psychischen Lähmung vervollständigen.

Es wäre thöricht, zu erwarten, dass man durch einfache, wenn auch noch so autoritative ärztliche Suggestion diese Lähmungen ohne Weiteres beheben könnte. Spontanheilung ist möglich unter dem Einflusse der Zeit, mit welcher der Functionswerth der autosuggestiven Vorstellung nachlässt und der impressionable Zustand des im Sinne einer (traumatischen) Neurose afficirten Nervensystems zurückgeht.

Unterstützend können wirken: der ablenkende Einfluss von lebhaft Gemüth und Verstand in Anspruch nehmenden anderweitigen Vorstellungen, zuweilen auch ein plötzlich die suggestive Hemmung im Rindengebiet lösender Affect, z. B. eine Lebensgefahr, welche auf die Lähmung vergessen, den gelähmten Arm gebrauchen lässt, sodass der Kranke in derartiger Leistung eine Contrasuggestion sich selbst ad oculos liefert; in anderen Fällen wirkt der suggestive Einfluss für heilkräftig geltender Bäder, Reliquien, Gnadenbilder u. s. w. Nicht selten gelingt es allmälig auch der ärztlichen Suggestion, den Hemmungseinfluss der Autosuggestion auf das Rindencentrum zu lockern und durch gleichzeitige Gymnastik, Massage, Elektrisirung jetzt wieder mögliche Muskel- und Innervationsgefühle zu schaffen und die Wiederkehr von Bewegungs-Anschauungen und willkürlicher Innervation anzubahnen.

Besitzt die medicinische Wissenschaft ein Mittel, um in solchem Falle die Autosuggestion und ihre Wirkung zu eliminiren und gleichzeitig suggestiv Innervationsgefühle und Bewegungs-Anschauungen hervorzurufen, so wird die Genesung eine unverhältnissmässig raschere sein.

Dieses Mittel ist die Hypnose, d. h. ein wesentlich durch psychischen (suggestiven) Einfluss erzeugter, dem normalen Schlafe nahestehender, leiblich-seelischer Zustand, in welchem es nicht blos möglich ist, Autosuggestionen durch Auslöschen aus dem Gedächtniss, sondern auch durch Fremdsuggestionen unwirksam zu machen.

In diesem Zustand besteht überdies der Vortheil, dass der in seinem Willen und seiner Kritik sehr reducirte Patient nicht blos psychisch sehr empfänglich für Fremdsuggestionen ist, sondern auch, dass — wenigstens in tieferer Hypnose — suggestive Einflüsse auch auf die Leiblichkeit (Schlaf, Menstruation, Esslust u. s. w.) durch Vermittlung des Nervensystems möglich sind, die im wachen Zustand einfach sich nicht erreichen lassen.

Im Allgemeinen kommt es therapeutisch darauf an, dauernd krankhafte Functionen zur Norm zurückzuführen, also auf posthypnotische

Suggestion, wie der Terminus lautet. Die Hypnose ist **Mittel zur Ermöglichung wirksamer Suggestion.** Die Wirksamkeit dieser ist zwar zum nicht geringen Theil abhängig von der Tiefe des hypnotischen Zustandes, aber Hypnotisirbarkeit und Suggestibilität sind einander nicht parallel gehende Erscheinungen. Viel kommt auch an auf die Persönlichkeit des Patienten (unbeständige, haltlose, schwankende, oberflächliche Menschen sind schwer suggestibel), sowie auf den autoritativen Eindruck des Arztes und ganz besonders auf die richtige Redaction der betreffenden Suggestion. Schon dadurch wird für diese Behandlungsweise ein feines psychiatrisches und neurologisches Verständniss des concreten Falles erforderlich. Praktisch wichtig ist die Dauerwirkung der Suggestion.

Sie ist individuell sehr verschieden und abhängig von Persönlichkeit des Patienten und Arztes, Tiefe der Hypnose, in welcher die Suggestion gegeben wurde, störenden äusseren Momenten, welche ihr entgegenwirken, inneren Umständen, z. B. Krampfanfällen, welche die Suggestion im Gedächtniss der unbewussten geistigen Persönlichkeit auslöschen u. s. w.

Auffrischung der Suggestion vermag die ursprüngliche Wirkung dann jederzeit herzustellen.

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass suggestive Heilwirkung — Hypnotisirbarkeit vorausgesetzt — überall da möglich ist, wo es sich um blosse functionelle Erkrankung handelt.

Hypnotisch suggestive Behandlung muss ich nach meinen Erfahrungen für unschädlich erklären, sobald sie sachverständig und den Umständen des individuellen Falles angepasst geübt wird.

Es lag nahe, sich eines so ausgezeichneten Mittels zur Ermöglichung wirksamer Suggestionen, wie es die Hypnose darbietet, auch bei psychisch Kranken versuchsweise zu bedienen.

Welche Aenderung des therapeutischen Könnens müsste damit gegeben sein, wenn man die Gefühle, Vorstellungen, Strebungen derartiger Kranker bestimmen, gefährliche Symptome, wie z. B. Hallucinationen, Wahnideen suggestiv beseitigen könnte! Für den auf dem Gebiete des Hypnotismus und der Psychiatrie Erfahrenen müssen sich vorweg Bedenken bezüglich des Erfolges dieser therapeutischen Methode ergeben:

1. weil psychisch Kranke nur ausnahmsweise in jener geistigen Verfassung der Aufmerksamkeit, Unbefangenheit, Gemüthsruhe und Bethätigung der Willenskraft sind, die zum Gelingen der Hypnose überhaupt erforderlich ist;

2. weil viele psychische Erkrankungen auf organischen Veränderungen im Gehirn beruhen und die Suggestivbehandlung doch nur functionelle Störungen beheben kann;

3. weil gewisse Symptome, wie z. B. viele Wahnideen und auch Hallucinationen, wenn auch nicht gerade nachweisbar die Folge organischer Veränderungen, doch so complicirte, im psychischen Mechanismus so fest fundirte Phänomene sind, dass sie suggestiv kaum angreifbar erscheinen und die Redaction der gegen sie gerichteten Suggestion überdies schwierig wäre.

Theoretisch ergiebt sich somit die Vermuthung, dass Aussicht auf Erfolg hypnotisch-suggestiver Behandlung nur bestehen kann bei sogenannten functionellen Psychosen, und zwar: bei Kranken, bei welchen Krankheitsbewusstsein vorhanden und die psychologische Eignung zu Hypnose im Allgemeinen besteht.

Im Allgemeinen würden demnach für hypnotisch-suggestive Behandlung geeignet erscheinen:

Blosse Störungen im Gemüthsleben, formale Störungen im Vorstellen, speciell Zwangsvorstellungen; Wahnideen, insofern sie blos autosuggestiv fundirte falsche Ideen, nicht aber Primordialdelirien oder erklärende Ideen Melancholischer sind; endlich erworbene krankhafte Triebrichtungen.

Der herrschenden psychiatrischen Terminologie entsprechend wären es also die Melancholia sine delirio, das Heer der Neuropsychosen, speciell Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie, Psychose in Form von Zwangsvorstellungen, der Alkoholismus, der Morphinismus, Cocainismus, Masturbation, erworbene conträre Sexualempfindung.

Wenden wir uns an die Erfahrung, soweit sie bis jetzt vorliegt, so decken sich die Resultate zum Theil mit der theoretischen Vorannahme, theilweise erscheinen sie aber günstiger als das Raisonnement a priori.

In geschichtlicher Hinsicht ist zu erwähnen, dass die ersten wissenschaftlichen Versuche zur Heilung von Psychosen von Braid unternommen sein dürften. Braid berichtet von einigen Heilungen von Wahnsinn. Ihm reiht sich Liébault an mit einer seit acht Tagen bestandenen, durch zweimalige Hypnose und Suggestion geheilten Manie. Seit Mitte der 80er Jahre hat Voisin sich mit der hypnotischen Behandlung Geisteskranker, vorwiegend hysterischer Formen, beschäftigt. Auch von Flechsig liegen analoge Beobachtungen vor.

1886 stand zum ersten Male auf der Tagesordnung eines psychiatrischen Congresses (Siena) die Frage der therapeutischen Verwendung des Hypnotismus bei Geisteskranken.

Funajoli, Seppilli und Bianchi wurden als Berichterstatter erwählt. Auf dem Congress der italienischen Psychiater in Novara 1889 er-

stattete Seppilli einen bezüglichen Bericht. (Vgl. Archivio italiano, Sept. 1890.)

Seppilli fand, dass Geisteskranke in grosser Anzahl hypnotisirbar sind, aber nie bis zu höheren Graden, d. h. bis zum Verlust des Bewusstseins, sodass Suggestionen wenig haften, viel weniger als bei Hysterischen, Dipsomanen, Melancholischen sine delirio. Bei Paranoia war der Erfolg ein negativer.

Auf dem Congress für Hypnotismus in Paris 1889 wurden von v. Renterghem, van Eeden, Voisin, Sanchez Herrero, De Jong, Bourdon u. A. Erfolge bei Neurasthenie mit Zwangsvorstellungen, Agoraphobie, functionellen Psychosen, Folie du doute, Hypochondrie, Impulsen zu Suicidium, Vesania puerperalis mitgetheilt. Eine Klärung der Ansichten pro und contra ist seither nicht erfolgt, die wissenschaftliche Leistung wesentlich auf Casuistik beschränkt geblieben. Die grosse Mehrzahl der Forscher, namentlich in Deutschland, verhält sich skeptisch, wenn nicht geradezu ablehnend.

Beachtenswerth und so ziemlich Alles resumirend, was von den Gegnern des Hypnotismus vorgebracht wurde, sind die „Bemerkungen" von Binswanger über „die Suggestionstherapie" in den Therapeutischen Monatsheften 1888, 1—4.

Mit Recht weist Binswanger darauf hin, dass ein grosser Unterschied darin bestehe, ob eine physikalische (Braidismus) oder eine rein psychische Methode (Nancy'er Verfahren) zur Erzielung der Hypnose angewendet werde. Die erstere scheine sicherer, wirke tiefer, erscheine aber gefährlicher.

Binswanger berichtet von Gefahren der Hypnose, die aber m. E. vermeidbar sind, zeigt, dass der hypnotische Schlaf doch nicht identisch dem physiologischen ist, nennt die Verwerthung von Vorstellungsreihen zur Erzeugung bestimmter körperlicher (hypnotischer) Veränderungen künstliche Züchtung von Hysterie, findet in der hypnotischen Therapie wesentlich doch nur eine Beseitigung von Symptomen, nicht eine Heilung von Krankheiten, und zwar auf oft recht kurze Frist. Ueberdies werden nicht alle Suggestionen wirksam. In den höheren Graden der Hypnose werden die Individuen willenlose Automaten.

Aus allen diesen Gründen zieht Binswanger die Wachsuggestion vor, denn hier ist die Induction von Vorstellungen Selbstzweck, bei der Hypnose aber Mittel zum Zweck. Dort wird das Urtheilsvermögen, die logische Denkfähigkeit des Kranken, vermehrt, hier geradezu eliminirt.

Binswanger erkennt therapeutische Erfolge des Hypnotismus im Gebiet der functionellen Neurose, besonders der hysterischen an, aber er verlangt mit Recht, dass man den doch nicht ganz ueberrsch- und

desirbaren Hypnotismus nur da anwende, wo er indicirt sei durch die Schwere des Falles, also bei Hysteria gravis, bei Hysteria mitis nur dann, wenn keine schwereren Symptome als Folge der Behandlung zu besorgen sind, endlich bei anderen Neurosen, wenn alle anderweitigen Mittel erschöpft sind. Binswanger erkennt an, dass willensschwache, verkommene Säufer (gleichwie Morphinisten, Cocainisten) für hypnotische Behandlung sich eignen mögen, aber dasselbe lasse sich vom Einfluss der Trinkerasyle erwarten.

Vor dem Hypnotismus als Erziehungsmittel für böse Buben, vor der Hereinziehung der Hypnose in die Pädagogik glaubt er entschieden warnen zu müssen.

Viel günstiger lauten die Erfahrungen anderer Forscher, wie sich aus folgender Zusammenstellung ergiebt.

1. Melancholie.

1. Brémaud, Revue de l'hypnotisme. II. Juli, p. 16. Heilung von puerperaler Melancholie.

2. Voisin, ebenda, II. p. 342.

3., 4., 5., 6. Forel, Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte 1887. Besserung einzelner Symptome (Angst, Heimweh).

7. Voisin, Revue de l'hypnotisme vom 1. Juni 1889. Melancholie mit Selbstmorddrang, seit 8 Jahren bestehend, neben Erscheinungen von Chorea (hysterica). Heilung durch hypnotische Suggestion. Frau X., 20 J., Chorea durch Schreck 1870. Seit 1887 dazu Mel. sine delirio und Taed. vitae. Seit 1888 hyster. Anfälle. Absuggerirung der Verstimmung, der trüben Ideen und körperlichen Beschwerden. Genesung nach neun Tagen.

8. Wetterstrand, Der Hypnotismus, 1891. Acute ängstliche Psychose, tiefer Schlaf durch Hypnose. Genesung nach wenig Sitzungen.

9. Idem. Weib, 65 J., Nostalgie, hyster. Grundlage, tiefe Hypnose, rasche Genesung.

10. Idem. Weib, 40 J., Mel. sine delirio. Nach 24 Sitzungen (Anfangs nur leichte Hypnose möglich, selbst unter Benützung von Chloroform) Genesung.

11. Idem. Dysthymie. Heftiges Taed. vitae bei einem 36 J. alten Capitän. Nach 24 Tagen dauernde Genesung.

12. Idem. Fräulein, 23 J., nach Gemüthsbewegungen Mel. sine delirio. Genesung nach 16 Sitzungen.

13. Burkhardt (Préfargier) Revue de l'hypnot., 1. August 1888. Frau, 67 J., dritter Anfall von Mel. passiva. Beruhigung, Besserung des Allgemeinbefindens, sonst aber kein Erfolg.

14. Voisin, Revue de l'hypnot. 1. Mai 1888. Weib, 31 J., Mel. mit Taed. vitae, rasche, auffallende Besserung.

15. Weib, 35 J., Mel. mit Hallnc. Genesung durch Hypnose.

16. Idem, Revue de l'hypnotisme. 1. Januar 1890. Mel. anxia. Misserfolg von Morphium-Behandlung. Heilung in zwei hypnotischen Sitzungen.

(D., 22 J., Näherin, aufg. 26. Februar 1889. Seit mindestens Monaten krank. Beständiges Heulen und Klagen. Keine Hallucinationen. Mittelst Fixiren der Augen, Aufforderung zum Schlafen, Stirnstreichen gelingt nach 10 Minuten lethargisches Stadium des Hypnotismus. Am 11. April Absuggerirung von Angst, Traurigkeit, Schlaflosigkeit. Nach zweiter Sitzung (14. April) schwindet Psychose. Unter kurzer Fortdauer dieser Behandlung volle Genesung. Heirath im September. Im December noch ganz gesund.)

17. Roubinovitsch, ebenda, Februar 1890. P. Bauersfrau, 39 J., schwer belastet, Zwangsvorstellung, sie müsse sich verheirathen. Nach der Heirath tiefe Melancholie, Nahrungsverweigerung, Taed. vitae. Pat. kommt im zweiten Monat schwanger zur Behandlung. Hypnose gelingt leicht. Schon nach erster Sitzung Nachlass der Verstimmung, Aufnahme von Nahrung. Ende October genesen bei 42 kg Gewicht. Ende December 55 kg und völliges Wohlsein.

II. Manie.

1. Voisin, Revue de l'hypnot. 1. Mai 1888. Weib, 20 J., Mania menstrualis. Erfolgreicher hypnotischer Schlaf während der ganzen Dauer der Menses zur Verhütung eines befürchteten Anfalles.

2. Idem. Analoger Fall.

III. Wahnsinn.

1. Voisin, Revue de l'hypnot. I. p. 41. Heilung von Wahnsinn.

2. Lojacono, Annali di nevrologia IX. Jahrg. Fascicol. 1. Chronisch sich gestaltender Wahnsinn, mit Ansätzen zu systematischem Delirium, bei einem 27 J. alten Manne. Absuggerirung der Wahnideen. Grosse Hypnotisirbarkeit und Suggestibilität. Dauernde Genesung nach wenigen Sitzungen; gut beobachteter Fall.

IV. Hysterisches Irresein.

Am reichhaltigsten ist die bisherige Casuistik beim hysterischen Irresein, wohl aus dem Grunde, weil man, in der Annahme, dass bei Hysterie die Hypnose besonders leicht gelinge, ganz besonders bei derartiger Grundlage zu Versuchen sich veranlasst sah.

1. Seglas, Zeitschr. f. Psychiatrie 45, Nr. 1 und 2, p. 5. Heilung von hyster. Psychose.

2. Voisin, Annal. méd. psychol. 1886. Hysteria gravis, erotischer, halluc. Wahnsinn, gestützt auf Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen. Absuggerirung des vermeintlichen Geliebten, Verbot seine Stimme zu hören, ihn anzusehen, Genesung.

3. Idem. Ebenda. Hyster. halluc. Irresein. Heilung durch Suggestion.

4. Idem. Ebenda. Hyster. Irresein. Verbot weiter zu hallucíniren, rasche Genesung.

5. Idem. Hysteromanie. Genesung.

6. Idem. Furibundes halluc. Delir. Hypnose gelingt nach $1^1/_2$ bis 3 Stunden bei der von 6 Wärterinnen festgehaltenen Kranken. Pat. wird bis zu 18 Stunden zumeist in Hypnose erhalten. Genesung nach 4 Monaten.

7. Voisin, Revue de l'hypnot. I. p. 30. Hysteroepilepsie. Erfolgreiche Absuggerirung von Anfällen, Taed. vitae, schreckhaften Hallucinationen, Entweichungsgelüsten.

8. Idem. Ebenda. I. p. 46. Heilung einer seit 6 J. bestehenden Hystero-Melancholie in 3 Sitzungen.

9. Burot, ebenda. 1. Mai 1889. »Manie hystérique avec impulsions et hallucinations«, geheilt mit Suggestion (krankhafte Ideen zu überwinden und gesund zu werden) in tiefem Engourdissement nach 3 Monaten und zweijähriger Dauer der Krankheit.

Paranoia.

Vereinzelte Fälle von Paranoia haben Forel u. A. suggestiv-hypnotisch zu beeinflussen versucht, aber mit negativem Resultat, wie dies zu erwarten war.

Auch Burkhardt (l. c.) konnte in einem Falle bei einer Frau nur somatische Symptome (Schlafstörung) beseitigen.

Alcoholismus chronicus.

1., 2., 3., 4. Fälle von Forel, Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte, 1887. Beseitigung der Trunksucht bei vier inveterirten Alkoholisten.

5. Forel, ebenda. Temporärer sehr befriedigender Erfolg gegen die Hallucinationen eines Alkoholisten.

6. Brémaud, Revue de l'hypnot. II. Juillet, p. 19. Sofortige Heilung von länger bestehendem Delir. alcohol.

7. Ladame, ebenda. II. 5. und 6.

Frau N., 37 J., seit 6 Jahren trunksüchtig, unter Anderem Absynthmissbrauch, chronisch delirant. Allmälig gelingt Hypnose bei Pat., die davor Furcht hat. Sie wird anständig, trinkt nicht mehr. Allmälig genesen.

8. Idem. Frau X., 47 J., Geschäftsfrau. Seit 15 Jahren Potatrix maxima. Allmälig gelingt Hypnose, aber Suggestionen werden nicht angenommen und Patientin, eine Wirthsfrau, bleibt im Geschäft. Verf. hofft bei Fortsetzung der Hypnose in Anstaltsbehandlung auf Heilung.

9. Berillon, ebenda. 1890, 1. August und 1. September. Mann. Seit 15 Jahren Alkoholismus. Nach 13 Tagen Genesung trotz freier Behandlung. Rückfall nach 8 Monaten. Neuerlich genesen.

10. Idem. Frl. X., 26 J., schwer belastet, wird trunksüchtig, hysterisch, verkommt ganz. Erzielung von Somnambulismus. Drei Rückfälle. Endlich Genesung.

11. Burkhardt, Revue de l'hypnot. 1. August 1888. Frau, 38 J., hysterischer und alcohol. Eifersuchtswahn. Erfolgreiche Absuggerirung von Wahn und Alkoholbedürfniss. Daheim bald wieder Rückfall.

12. Voisin, ebenda. 1. Mai 1888. Weib, 31 J., Alcohol. chron. seit 12 Jahren. Genesung.

Diese guten Resultate bestätigt auch Wetterstrand (op. cit. p. 58 bis 62).

Dipsomanie.

1. Voisin, Revue de l'hypnot. II, 2, p. 48. Mann, 35 J., seit 10 J. alle 15 Tage dipsom. Anfall. Hypnose leicht und tief. Seit zweiter Sitzung Schwinden der Dipsomanie und diese seit zwei Jahren nicht wiedergekehrt.

2. Idem. Frau X., 42 J. Seit 5 J. Dipsom. menstrualis. Trinkt dann bis zu 6 Liter Wein täglich. Erzielung von Somnambulismus. Entsprechende Suggestionen. Genesung Ende April. Im September noch ganz gesund.

3. Idem. Frau T., 34 J., seit 6 Jahren alle 8—10 Tage dipsomat. Anfall. Tiefe Hypnose. Voller Erfolg.

4. Idem. Frau X. Seit dem Tode des Mannes vor 12 J. Dipsomanie-Anfälle etwa viermal monatlich. Chron. Alkoholismus. Volle Genesung.

5. Ladame, ebenda. II, 5. Mann. Seit 15 Jahren Potator. Seit Jahren Dipsomanie. Nach einer Reihe von Sitzungen volle Genesung.

Moralische Verkehrtheit.

Ueber hypnotische Suggestion zu corrective-pädagogischen Zwecken finden sich Berichte in der Revue de l'hypnotisme, I., pp. 85, 97, 129

332, 359. II., p. 169 von Bérillon, Voisin, Bernheim, Ladame. Voisin will einen moralisch Irren curirt und zu einem braven Spitaldiener gemacht haben, Liébeault aus einem faulen Schlingel einen fleissigen Schüler. Einen Idioten will er aufmerksam und damit bildungsfähig gemacht haben. Es wird geltend gemacht, dass im wachen Leben die Suggestion erzieherisch ja beständig verwerthet werde, dass die Hypnose die Suggestion erleichtere und verstärke, dass das böse Beispiel als Autosuggestion wirke. Schon 1860 schlug Dr. Durand den Braidismus zu pädagogischen Zwecken vor. Diese Idee fand Beifall auf dem Congress zu Nancy 1886. Kinder sind leicht zu hypnotisiren. In ihrem Schlaf sind nicht selten wirksame Suggestionen beizubringen. Ein bemerkenswerther Fall ist der 60. in Wetterstrands „Hypnotismus". Schüler, 14 J. Im Anschlusse an Chorea Aenderung des ganzen Wesens im Sinne der moral insanity, Stehlsucht; völlige Genesung nach 15 Sitzungen.

*

Ein Rückblick auf die bisherige Literatur bezüglich des Werthes der hypnotischen Behandlung bei Geisteskranken lässt grosse Divergenz der Anschauungen erkennen. Voisin ist mehr optimistisch und weist auf Fälle von jahrelanger Psychose hin, die er zuweilen durch zwei bis drei Sitzungen suggestiv geheilt habe. (Revue de l'hypnotisme. I. p. 48.)

Jedenfalls hat er den Beweis erbracht, dass Geisteskranke mit Geduld und Geschick in Hypnose versetzt werden können.

In der Revue de l'hypnot. vom 1. Juni 1889 spricht er sich auch günstig bezüglich der Haltbarkeit der Genesung aus. Von 22 Geisteskranken, die er hypnotisch behandelt hat (moral. Irresein, Alkoholismus, Melancholie, Manie), hat sich bei 19 die Genesung seit Jahren erhalten, 3 sind recidiv geworden.

Forel (Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte, 1887) ist weniger optimistisch. Er findet Hypnotismus bei Geisteskranken (zu Hypnose geeigneten, nicht veralteten Fällen) nicht erfolglos. In einer späteren Arbeit (Münchener med. Wochenschrift 1888, Nr. 5) erklärt er das Feld der Psychosen für die Suggestivbehandlung sehr ungünstig. Einzelne Symptome, Schlaf, Arbeit, Besserung von Hallucinationen, Heimweh) lassen sich für einige Zeit und bei milderen Psychosen beeinflussen.

Wetterstrand hatte Erfolg bei leichteren Psychosen. Seine Casuistik („Der Hypnotismus" 1891) Beob. 51—59 umfasst milde Fälle von Melancholia sine delirio.

Meine eigene Erfahrung bezüglich der hypnotischen Behandlung der Psychosen ist eine bescheidene, da ich bisher ohne rechtes Vertrauen zu derselben sie wenig und nur im Nothfalle anwendete. In mehreren

Fällen von Melancholia simplex, von alkoholischem und hysterischem Irresein, von Folie du doute, von Morphinismus, endlich bei conträrer Sexualempfindung und zwar angeborenen und erworbenen Fällen habe ich theils Heilung, theils erhebliche Besserung erzielt. Eine Kritik der bisherigen Casuistik lässt sie als zu dürftig und vielfach nicht einwandfrei erscheinen. Immerhin kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, dass hypnotische Suggestivbehandlung bei manchen Psychosen nicht werthlos ist und zuweilen ganz unerwartete und auch dauernde Resultate liefert.

Im Allgemeinen entspricht der Erfolg den theoretischen Voraussetzungen und Bedingungen, insoferne im Grossen und Ganzen doch nur lucide, willfährige, mit natürlicher Begabung zu hypnotischer Beeinflussung versehene, relativ frische und leichtere Fälle sich für diese Behandlungsweise eignen. Eine Hauptsache ist die richtige Redaction der Suggestionen, bei der mangelhaften wissenschaftlichen Erkenntniss der Pathogenese und des Zusammenhanges der Krankheitserscheinungen, eine recht schwierige Aufgabe.

Es erscheint nach eigener und fremder Erfahrung möglich, krankhafte Stimmungen, Affecte, Gefühle, Triebe, Vorstellungen, selbst Sinnestäuschungen abzusuggeriren oder wenigstens günstig zu beeinflussen, nicht minder körperliche Störungen, wie z. B. Agrypnie, Anorexie, Obstipation, Neuralgie. Die Hypnose verdient daher weiteres Studium und Anwendung bei Psychosen. Möglicherweise erleichtert ihre Anwendung die Zuhilfenahme von Chloroform nach Wetterstrand.

Als der Behandlung zugänglich sind zu bezeichnen: Melancholia sine delirio, Wahnsinn, besonders alkoholischer und hysterischer, hysterische Psychosen überhaupt, chronische Intoxicationen, besonders Alkoholismus und Morphinismus. Besonders bemerkenswerth sind die Erfolge bei Dipsomanie, conträrer Sexualempfindung. Auch die Folie du doute lässt sich günstig beeinflussen. Symptomatisch sind krankhafte Stimmungen, Affecte, Angstgefühle, krankhafte Triebrichtungen, besonders sexuelle, alkoholische, Morphium- und Cocainhunger Angriffspunkte für Suggestivbehandlung.

Auch die Vorstellungs- und Willensrichtung lässt sich oft günstig beeinflussen, schädlichen Gewohnheiten, wie z. B. Onanie, begegnen.

Die Möglichkeit einer hypnotisch-suggestiven Bekämpfung von Wahn und Sinnestäuschungen muss zugegeben werden, aber jedenfalls nur bei den oberflächlich sich abspielenden Delirien des toxischen und hysterischen Wahnsinnes. Für die tief fundirten primordialen Wahnideen der Paranoia und der Melancholie erscheint die Suggestivbehandlung aussichtslos.

Zur hypnotischen Suggestivbehandlung der Neurosen.

Ein dankbareres Feld für diese Art der Behandlung bietet jedenfalls das der Neurosen dar.

Theoretisch ergeben sich keine Schranken auf diesem Gebiet der functionellen Krankheit.

Hysteria gravis.

Ueberaus zahlreich sind die Beobachtungen und Erfahrungen bezüglich dieser Neurose. Im Allgemeinen lauten sie günstig bezüglich des Erfolges und seiner Dauer.

So leicht hypnotisirbar, als man vielfach meinte, sind Hysterische aber keineswegs.

Die leichte Hypnotisirbarkeit verbürgt zudem nicht die Suggestibilität. Diese lässt ebenfalls vielfach zu wünschen übrig. Gleich Voisin finde ich, dass hysteroepileptische Anfälle die Fortdauer der Suggestion aufheben, sodass diese neuerlich ertheilt werden muss.

Ich kenne zur Zeit kein besseres Mittel zur Bekämpfung hysterischer Insulte, als Hypnose. Bei individuell richtiger Methode hört die Geneigtheit derartiger Kranken, anlässlich hypnotischer Sitzung Krämpfe zu bekommen, bald auf. Lästig ist öfters bei solchen Kranken die Entstehung von autohypnotischen Zuständen. Sie weichen energischer inhibitorischer Suggestion, bei temporärem Aussetzen der Behandlung.

Der Erfolg dieser gegen Krampfhysterie ist ein sehr verschiedenartiger. Ich kenne zahlreiche Fälle von rascher und dauernder Genesung in eigener Erfahrung. Häufiger ist die Dauer des Erfolges eine recht kurze. Dann sind vielfach ungünstige Aussenverhältnisse, die beständige Fortwirkung von ursächlichen Momenten im Spiele.

Alle möglichen sonstigen Beschwerden der Hysterie sind der Suggestivbehandlung zugänglich.

Die ärztlichen Journale wimmeln von der erfolgreichen Beseitigung hysterischer Lähmungen, Neuralgien u. s. w. Manche Enttäuschungen bezüglich des erwarteten Erfolges oder seiner Dauer, bleiben aber nicht erspart. Nur die positiven Fälle pflegen erwähnt zu werden. Von nicht geringer, zuweilen geradezu pädagogischer Wirkung kann die hypnotische Suggestion auf Stimmung, Vorstellen und Streben bei dieser so vielfach von Autosuggestionen abhängigen Neuropsychose sein. Wenn man nicht Alles, was beim weiblichen Geschlecht von Neurose vorkommt, Hysterie nennt, kann ich den Hysterischen bezüglich Hypnotisirbarkeit und Suggestibilität keine Vorzugsstellung einräumen.

Neurasthenie und Hypochondrie.

Noch weniger beizukommen ist den Neurasthenikern, obwohl gerade hier, wo an jedem Symptome der vielgestaltigen Krankheit Autosuggestionen sich entwickeln, eine kräftige Contrasuggestion ein grosser Segen für Arzt und Patient wäre.

Gleich Wetterstrand (April 1891) finde ich Neurastheniker schwer hypnotisirbar, da sie nur selten in ruhige Gemüthsstimmung und zur Fixirung ihrer Aufmerksamkeit zu bringen sind, wie dies zum Gelingen der Hypnose erforderlich ist. Nachhilfe mit Chloroform erleichtert nicht selten sehr die Aufgabe. Ueber tiefes Engourdissement kommt man meist nicht hinaus. Für leichtere Fälle ist es ausreichend. Die Bernheim'sche Methode erscheint die beste. Braid verbietet sich meist wegen neurasthenischer Asthenopia und Zunahme von Kopfbeschwerden. Zu allen Schwierigkeiten kommt noch die mangelhafte Suggestibilität dieser Kranken, bezw. das Uebergewicht ihrer Autosuggestionen, besonders die, incurabel zu sein.

Unter 37 bezüglichen Fällen vermochte Wetterstrand 9 gar nicht in Hypnose zu bringen, 4 boten therapeutisch werthlosen, leichten Schlummer. Die übrigen 24 eigneten sich zur Behandlung und von denselben wurden 10 sehr gebessert, 14 geheilt.

Meine Erfahrungen stimmen wesentlich mit denen von Wetterstrand überein. Auf glänzende Erfolge kann man hier nicht rechnen, aber einzelne Symptome (Stimmung, Schlaf u. s. w.) werden oft rasch gebessert und die psychische Therapie, die bei diesen Patienten die Hauptsache ist, wird meist mächtig gefördert.

Im Allgemeinen handelt es sich hier um Suggestion von Muth, Selbstvertrauen, ablenkender Beschäftigung, Beseitigung autosuggerirter Ideen organischen Leidens (Herz, Hirn, Rückenmark), Absuggerirung peinlicher Empfindungen, die jene autosuggestiven Ideen unterhalten, Beseitigung ätiologisch wichtiger Masturbation, Bekämpfung krankhafter Furcht („Agoraphobie") und lästiger Zwangsvorstellungen.

Bemerkenswerthe Beispiele aus der Literatur:

1. Voisin, Revue de l'hypnot., 1. Februar 1888. Frl. X., 24 J., Neurasthenie, sexuelle Zwangsvorstellungen. Dysthymie. Pat. ist nur mit Braid und nur oberflächlich hypnotisirbar, aber sehr suggestibel. Suggestionen contra Zwangsvorstellungen und genitalen Reiz. Verheissung der Genesung, die vollkommen und dauernd eintritt.

2. Bernheim, Hypnotisme, nouvelles observations, 1891. Schwere, erworbene, nicht constitutionelle Neurasthenie.

3. Idem. Seit zwei Jahren Neurasthenia cerebralis und Dysthymie.

Nosophobische Ideen, nicht mehr gesund zu werden, geistig zu versumpfen. Pat. ist schwer hypnotisirbar und nur schwach suggestibel. Trotz nur leichter Hypnose triumphirt von der achten Sitzung ab die Fremdsuggestion über die Autosuggestion. Dauernde Besserung.

4. Idem. Schwere Belastung. Seit vier Jahren Onanie. Schwere allgemeine Neurasthenie. Nur tiefes Engourdissement erzielbar. Nach sechs Wochen Genesung.

5. Bérillon, Revue de l'hypnotisme, 1. Mai 1890. Stabsofficier, 40 J., durch geistige Ueberanstrengung schwer neurasthenisch seit zwei Jahren, an seiner Zukunft verzweifelnd, mit Taed. vitae. Seine letzte Hoffnung ist Hypnose. Pat. kommt in tiefen Schlaf. Absuggerirung der Beschwerden. Nach drei Wochen (künstlicher Ruhe des Gemüthes durch Befreitsein von Beschwerden und Autosuggestion) dauernde Genesung.

6. Burkhardt, Revue de l'hypnot. vom 1. August 1888. Frau, 43 J., schwere Hypochondrie. Anfangs bloss leichter hypnotischer Schlaf erzielbar, später tieferer. Absuggerirung der krankhaften Beschwerden. Rasche Genesung.

Morphinismus.

Von Bedeutung für die Behandlung der Morphinisten ist zweifellos auch die Suggestivtherapie. Sie kann Nützliches leisten, um diesen Kranken die Abstinenzbeschwerden zu erleichtern, besonders ihren Morphiumhunger zu bannen, überdies auch, um, gleichwie bei Dipsomanen, neuem Gelüste zu Morphiumgebrauch in Form von verbietenden, bezw. Abscheu einpflanzenden Suggestionen wirksam zu begegnen. In einem bezüglichen Fall, wo die Pat. Morphiumrecepte fingirte, gelang es mir auch suggestiv, ihr das Schreiben des Wortes Morphium unmöglich zu machen.

Ueber grössere Erfahrung verfügt Wetterstrand (op. cit.), der 22 Fälle von Morphinismus mit hypnotischer Suggestion behandelt hat. 19 genasen, 2 stellten der Behandlung Widerstand entgegen, von einem Fall fehlen Nachrichten. Seine Leistungen sind umso beachtenswerther, als sie im Privathause zu Stande kamen. Verfasser giebt drei interessante Beobachtungen in seiner Schrift. Seine Erfahrungen gehen dahin, dass Morphinisten schwer sich zu Hypnose und Suggestion bequemen. Mit Geduld und der Zeit gelinge es aber doch meistens.

Auch Voisin (Revue de l'hypnot. I. p. 161) und Forel (Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte 1887) berichten günstige Erfahrungen; ferner Burk-

hardt (Revue de l'hypnot. 1. August 1888, Fall 8, Frau von 44 Jahren, Hysteria gravis, Morphinismus).

Analog wie beim Morphinismus hat Wetterstrand (op. cit.) auch bei einem Fall von Chloralismus, sowie bei 3 Fällen von Nicotinismus (Abgewöhnung des Tabakbedürfnisses) volle und dauernde Genesung erzielt. Schon in der Revue de l'hypnotisme, II, p. 229, finden sich von Voisin günstige Erfahrungen bei dem Tabakmissbrauch Ergebenen mitgetheilt.

Zur Suggestivbehandlung der Hysteria gravis.*)

Zu den schwierigsten Aufgaben ärztlicher Kunst gehört die Beseitigung der oft so störenden und Gefahren für den Kranken und die Umgebung bietenden Anfälle von Hysteria gravis. Die auf Arzneimittel (Antispasmodica, Tonica, Narcotica) beschränkte Therapie ist eine sehr unsichere, wenn auch nicht zu leugnen ist, dass Zinc. valerianicum, Valerianapräparate überhaupt, besonders aber Arsenbehandlung etwas zum Heilerfolg beitragen können.

Inhalationen von Bromäthyl, Chloroform, energische Reize auf die individuellen spasmogenen Zonen applicirt, Morphiuminjectionen, sind doch wesentlich nur palliative symptomatische, dem einzelnen Anfall gerecht werdende therapeutische Eingriffe, in letzterem Sinne zudem nicht harmlos wegen der Gefahr einer Züchtung von Morphinismus.

Viel mächtiger sind Hydrotherapie, Psychotherapie und zwar in Form von Isolirung von dem Milieu, in welchem der Patient erkrankte und positiv — im Sinne von zielbewusster methodischer ärztlicher Psychagogie, wobei Wachsuggestionen eine hervorragende Rolle spielen dürften.

Aber auch mit allen diesen Hülfen gelingt es häufig überhaupt nicht, die fatalen Krankheitsanfälle zu bannen, im besten Falle erst nach langer, selbst Monate umfassender Behandlungsdauer und auf Recidive muss man auch hier immer gefasst sein.

Ueberraschend sind dagegen in zahlreichen Fällen die Resultate einer hypnotischen Behandlung, namentlich wenn sie unter den günstigen Verhältnissen einer Isolirung von der Familie und den krankmachenden Einflüssen geübt werden kann. Ich habe, gleich anderen Beobachtern, auf diesem Wege Heilerfolge erzielt, welche an Raschheit und Dauerhaftigkeit nichts zu wünschen übrig liessen und diese Behandlungsmethode allen übrigen weit überlegen zeigten.

Es wäre aber ein grosser Irrthum, zu glauben, dass diese eine Methode sich für alle Fälle schickt und dass die Paradefälle, welche der

---

*) Zeitschrift für Hypnotismus. Jahrgang IV, Heft I.

über seinen Erfolg erfreute Beobachter mittheilt, der Maassstab für das wirkliche Können und Leisten so schweren Krankheitszuständen gegenüber wären.

Neben solchen Treffern erscheinen viele Nieten und es kann dies auch nicht anders sein, wenn man bedenkt, wie complicirt die Bedingungen für einen Erfolg — genügende Hypnotisirbarkeit, Ueberwerthigkeit der Fremdsuggestion über die Autosuggestionen des Kranken, die oft durch Bornirtheit, Eigensinn, Vorurtheile u. s. w. fast unüberwindlich erscheinen, sich erweisen.

Dazu kommt nach Umständen ein psychisches Hinderniss — die verschleierte psychische Aetiologie des Falles, wodurch die psychische Analyse desselben und damit die richtige Redaction der zu ertheilenden Suggestionen nothleiden.

Aber selbst wenn die psychische Genese des Falles klar zu Tage liegt, sind die wirksamen psychischen Momente (peinliche Erlebnisse, Vorstellungen) oft so fest wurzelnd, dass selbst die sinnreiche, von Freud und Breuer ersonnene Methode zu ihrer Eliminirung versagt, zumal wenn es nicht gelingt, den Kranken in Zustände von tiefer Hypnose (Somnambulismus) zu versenken.

Daran reihen sich den Erfolg oft sehr störend beeinflussende Interferenzwirkungen im Sinne äusserer, das Gemüth schädigender zufälliger Vorkommnisse oder neuer Manifestationen der an Syndromen unerschöpflichen Krankheit.

Am allerfatalsten ist es, wenn der hypnotische Eingriff absolut wirkungslos bleibt — die besonders leichte und jeweils zu gewärtigende Hynotisirbarkeit hysterisch Kranker trifft nach meinen Erfahrungen keineswegs zu — womit der Arzt nothwendig empfindlich an seinem Prestige dem Kranken gegenüber einbüsst, oder wenn bei jedem hypnotischen Versuch der Kranke darauf mit neuerlichen Anfällen seiner Krankheit reagirt und innerhalb solcher hypnotischer Beeinflussung gegenüber erst recht sich refractär zeigt.

Solche Erfahrungen sind in den letzten Jahren in meiner Klinik geradezu die Regel. Zum Theil lassen sie sich auf durch vermeintlich autoritative, den Unwerth und selbst die Gefahr hypnotischer Behandlung behauptende Suggestionen, welche dem Wiener Publikum zu Theil wurden, zurückführen. Jedenfalls besteht in dieser Hinsicht ein grosser Unterschied zwischen Wien und Nancy!

In manchen Fällen gelingt es durch Aenderung der Methode zum Ziel zu gelangen, aber der Misserfolg ist Regel und es bedarf glänzender Ausnahmsfälle, um den Werth der hypnotischen Behandlung nicht aus dem Auge zu verlieren.

Die im Anschluss mitgetheilten Fälle sind recht geeignet zu diesem Zweck. In beiden Fällen wurde schwere hysterische Krampfkrankheit in kurzer Frist und durch wenige Sitzungen anscheinend dauernd beseitigt.

Dass hier hypnotische Behandlung ausschlaggebend war, indem krankhafte Bedingungen zur Auslösung von Krankheiten eliminirt und die Widerstandskraft der Patienten gestärkt wurden, geht mit voller Bestimmtheit aus diesen Beobachtungen hervor.

Dieser hypnotische Einfluss muss um so mehr gewürdigt werden, als das Milieu kein vortheilhaftes war, denn die Nervenabtheilung für Männer an der Wiener psychiatrischen Klinik besteht nur aus einem Saal, in welchem ein beständiges Zu- und Abgehen von Schwerkranken stattfindet und die für hypnotische Behandlung wünschenswerthe Ruhe und Isolirung nicht zu erzielen sind.

Die folgenden Fälle zeigen auch, dass schon leichtere Grade von Hypnose genügen, um Anfälle von Hysteria gravis wirksam zu bekämpfen und dass es wesentlich auf die Stärke der Suggestibilität der Kranken dabei ankommt.

Der sich psychischer Mittel zur Einschläferung bedienenden Methode möchte ich durchaus den Vorzug geben. Zuweilen (psychisch erregte, zur Concentration schwer gelangende Kranke) ebnet ihr die Einathmung von ein wenig Chloroform (Wetterstrand) den Weg.

Beob. 1. Herr A., Kunstgärtner, stammt aus schwerbelasteter Familie. Der Vater der Mutter starb irrsinnig. Der Vater des Kranken, gleichwie dessen Brüder, sind constitutionell neuropathisch, zwei derselben an Hysteria gravis leidend.

A. war von Kindesbeinen an reizbar, emotiv, Stotterer, [illegible]. Bei Gemüthsbewegungen stellte sich jeweils Globus ein.

1886 in Italien erfuhr er heftige Gemüthsbewegungen, indem er bei einer Gartenbauausstellung nicht mit dem gehofften Preise bedacht wurde und indem er am 19. Juni seine Verlobte, die er in voller Gesundheit glaubte, als er sie besuchen wollte, todt antraf. Er war ganz verzweifelt, machte einen Suicidversuch, bekam am 2. 12. 86 einen ersten Anfall von Hysteria gravis, dem rasch mehrere folgten. Man brachte ihn in ein Spital, wo man r. Hemihypästhesie und beiderseitige concentrische Gesichtsfeldeinschränkung constatirte. Pat. verliess das Spital schon am 12. 7., litt zeitweilig an Anfällen (epileptoide Phase, grands mouvements), blieb nervös, reizbar, emotiv, über Kleinigkeiten verstimmt, bekam 1887 im Anschluss an einen Anfall durch einen Monat Contractur in l. Ober- und Unterextremität, die sich in der Folge noch öfter im Anschluss an Anfälle, aber von kürzerer Dauer zeigte.

Seit 1888 kehrten die Anfälle alle 2—3 Monate wieder.

r. Hemihypästhesie, Amyosthenie und concentrische Gesichtsfeldeinschränkung blieben als Dauersymptome. 1892, nach Emotionen Häufung der Anfälle.

Seit 12. 1. 93 traten diese besonders gehäuft auf und hinterliessen bis zu vier Tage dauernde Beugecontractur der l. OE. und Streckcontractur der l. UE. Dann jeweils nach Anfällen Kopf-Nackenschmerz, grosse Mattigkeit.

Intervalle erschien Patient schreckhaft, emotiv, klagte Schwindel, Schmerz und Leere im Kopfe. Nach einem Anfall am 18. 1. 93 war hysterisches Stottern aufgetreten.

Stat. praes. bei der Aufnahme auf die Klinik am 3. 2. 93.

Pat., 29 J., mittelgross, ziemlich kräftig, blass, ohne Sensibilitäts- oder Sinnesstörungen. Keine spasmogenen Punkte auffindbar. Amyosthenie in l. Ober- und Unterextremität, mit Nachschleifen des l. Beines beim Gehen.

16. 2. Bisher fast täglich 2—3 Anfälle (epileptoide Phase mit Arc de cercle), beginnend mit Kopfschmerz, Blässe. Bewusstsein aufgehoben. Dauer 3—5 Minuten. Danach jeweils Kopf-Nackenschmerz, stärkeres Stottern, Trübsehen auf dem l. Auge ohne Gesichtsfeldeinschränkung.

22. 2. Bisher vier Mal Hypnose, die nach Bernheim's Methode, unterstützt durch Stirnstreichen, leicht gelingt, jedoch nur bis zu tiefem Engourdissement sich erstreckt. Dafür ist Pat. höchst suggestibel.

Die ertheilten Suggestionen lauten:

1. Sie dürfen keine Gemüthsbewegungen mehr fühlen, müssen volles Vertrauen in Ihre Genesung haben, die binnen wenigen Tagen eintreten wird.

2. Ihre Krämpfe werden von nun an ausbleiben, denn Sie sind stärker als die Krankheit und können sie beherrschen.

3. Ihre linke Seite wird wieder stark, Ihre Sprache frei (Bestreichen der l. Seite und der Zunge).

Schon nach der ersten Sitzung schwanden Stottern und Amyosthenie. Pat. empfand noch Mahnungen im Sinne der früheren Krämpfe, vermochte sie aber leicht zu unterdrücken. Pat. fühlte sich genesen, verliess das Spital Anfang März 93, blieb gesund, berufsfähig, heirathete Ende 94 und befand sich bis zum Abschluss dieser Beobachtung (December 95) ganz wohl.

Beob. 2. Herr S., Juwelier, Bruder des Vorigen, von jeher neuropathisch, zu-[illegible] an Globus leidend, als Kind mit Convulsionen behaftet, wurde nach bilateraler radicaler Bruchoperation (13. 4. 94) hysterisch (l. Amyosthenie, partielle Hypästhesie des vierten und fünften Fingers bis zum Metacarpus). Nach heftiger Gemüthsbewegung am 15. 8. 94 erster Hysteria gravis-Insult (epileptoide Phase und grands mouvements).

Seither l. schwere Amyosthenie und l. Hemianästhesie.

Jacksonanfälle in Gestalt von l. Facialiskrampf und associirtem Krampf der Mm. rect. int. ocul. sin. und rect. ext. ocul. dx., in kurzen Intervallen wiederkehrend, jeweils von heftigem Kopfschmerz begleitet und etwa 5 Minuten dauernd, zuweilen auch auf die l. OE. übergehend.

Die Anfälle von Hysteria gravis kehrten alle 2—3 Tage wieder, bis zu drei in einem Tage.

Als Aura dieser Anfälle heftiger Kopfschmerz, Ziehen gegen den Nacken, dann bewusstloses Zusammenstürzen. Der Anfall bestand in der epileptoiden Phase, tonisch Flexionscontractur in l. OE., Streckcontractur in l. UE., Masseterenkrampf. Andeutung von Arc de cercle. Dauer selten unter 5 Minuten. Während der Lösung des Anfalls zuweilen noch clonischer Kinnbackenkrampf. Hie und da reihte sich noch eine période de délire an.

Am 21. 8. 94 auf die Klinik aufgenommen, erschien Pat. mittelgross, gracil. Schädel normal, r. Hoden steckt noch im Leistencanal. L. Hemianästhesie für alle Qualitäten, dabei l. Anosmie, Ageusie, Akusie, l. fehlende Gaumen- und Rachenreflexe. Visus normal, keine Gesichtsfeldeinschränkung. l. Amyosthenie.

Pat. wird gewöhnlicher antihysterischer Behandlung unterworfen. Die Jackson-Anfälle schwinden Ende September, die l. Hemianästhesie reducirt sich auf das Gebiet des vierten und fünften Fingers bis zum Metacarpophalangealgelenk herauf, wo sie hartnäckig bleibt.

Die Anfälle von Hysteria gravis ändern sich nicht und da die gewöhnliche Behandlung sich machtlos gegen sie erweist und Pat. schon wegen des Heilerfolgs bei seinem Bruder zu hypnotischer Therapie das grösste Vertrauen hat, wird unter derart günstigen Umständen mit solcher am 26. 10. 94 begonnen.

Durch einfache Verbalsuggestion gelingt es, Pat. in tiefes Engourdissement zu versetzen. Die Sitzungen am 26. und 28. 10. beschränken sich darauf, Pat. zu erklären, dass sein Leiden identisch mit dem seines genesenen Bruders sei und dass an seiner Heilung nicht zu zweifeln sei. Er möge Emotionen bekämpfen und Vertrauen zu seiner Zukunft haben. Der jeweiligen Suggestion, eine Stunde post hypnosim zu schlafen, wird entsprochen, aber nicht pünktlich.

Am 29. 10. zwei gewöhnliche Anfälle.

30. Hypnose, Suggestion. Emotionen zu meiden und Anfälle zu unterdrücken.

1. 11. unvorhergesehene heftige Gemüthsbewegung. Pat. kämpft sichtlich gegen drohenden Anfall an, aber dieser bricht endlich doch aus, verläuft aber auffallend mild.

Vierte Hypnose 2. 11. = 30. 10. Pat. wird präciser in der Leistung der Schlafsuggestion.

6. 11. Da Pat. keine Anfälle mehr bekommt, aber noch in der Klinik nicht vorgestellt wurde, heute in V. Hypnose Suggestion am 7. in den Hörsaal um 4[illegible] zu kommen und dort um 4[illegible] einen Anfall zu bekommen. Dieser werde mild und sicher der letzte sein.

7. 11. Pat. vollzieht pünktlich den suggestiven Auftrag. Der bestellte Anfall ist überaus mild und kurz, beschränkt sich auf die Markirung des tonischen Abschnittes der epileptoiden Phase. Am 8. 11. VI. und letzte Hypnose mit der Erklärung, dass die Krankheit geschwunden sei und kein Anfall mehr kommen könne.

17. 11. inzwischen, bis auf leichte Cephalaea, völliges Wohlbefinden.

27. 11. 94. Pat. hält sich für genesen. Auch die restirende Anästhesie an der l. Hand ist geschwunden.

18. 12. 95. Seither gesund und arbeitsfähig.

Ueber Paraldehyd-Gebrauch und Missbrauch, nebst einem Falle von Paraldehyd-Delirium.*)

In unserem nervösen Zeitalter, in welchem Schlaflosigkeit eine überaus häufig gehörte und ärztliches Können in Anspruch nehmende Klage ist, erscheint das fortgesetzte Streben der Wissenschaft, neue Schlafmittel dem Arzneischatze einzuverleiben, nur zu sehr begründet.

Bedenkt man, dass selbst unsere heroischesten Hypnotica, wie z. B. Chloralhydrat, nicht in allen Fällen als zuverlässig sich erweisen, dass jedes Schlafmittel, auch das beste, mit der Zeit in seiner Wirkung nachlässt, dass gar manches — und darunter in erster Linie wieder das Chloralhydrat — bei anhaltendem Gebrauche schädliche und selbst bedenkliche Nebenwirkungen entfaltet, so begreift sich das Interesse, welches der ärztliche Praktiker neuen Hypnoticis entgegenbringt, hoffend, dass das neue Mittel gerade in den Fällen sich wirksam erweise, die den bisherigen trotzten.

In der stattlichen Reihe der Hypnotica, vom Opium und seinen Alkaloiden zum Brom, Chloralhydrat, der Piscidia, dem Urethan, Hypnon u. s. w., nimmt das von Weidenbusch 1829 entdeckte Paraldehyd ($C_{12} H_{12} O_6$) eine hervorragende Stelle ein, insofern es in der Mehrzahl der Fälle in einer Dosis von 4—6,0 (am besten mit 6—9,0 Tr. Aurant. simpl. als Corrigens in einem Glase Zuckerwasser genommen) prompt und sicher wirkt, einen mehrstündigen, dem physiologischen sehr nahestehenden Schlaf hervorruft, erst nach Wochen seine Wirkung versagt, nach kurzer Pause neuerdings wirkt, keine unangenehmen oder schädlichen Nebenwirkungen selbst bei längerem Gebrauche bei obiger Dosis entfaltet. Ueberdies bilden selbst geschwächte Herzaction und Kreislaufstörungen (Herzfehler), sowie febrile Zustände keine Contraindication und ist es per anum applicirbar, womit selbst bei besonders sensiblen Individuen, denen der allerdings sehr penetrante Geruch des Mittels widerlich ist, die Anwendung möglich wird.

---

*) Zeitschrift für Therapie 1887, 7.

Berücksichtigt man noch die Erfahrungsthatsache, dass das Paraldehyd gerade bei Neurasthenischen und Hysterischen, wo gegen anderweitige Schlafmittel vielfach Idiosynkrasien bestehen und der Erfolg fraglich ist, die hypnotische Wirkung selten versagt, so muss das Paraldehyd als eine der werthvollsten Errungenschaften unseres hypnotischen Arzneischatzes bezeichnet werden.

Da Nervenleiden und die darauf basirende Schlaflosigkeit in der Regel chronische Uebel sind, erscheint das Paraldehyd doppelt berufen, Nützliches zu leisten, insofern sich die Erfahrung bestätigt, dass es auf lange Zeit hinaus prompt und sicher wirkt, vor Allem aber, dass es bei anhaltendem Gebrauch keine Gefahren für den Organismus bietet.

Beides kann ich nach mehrjähriger und reicher Erfahrung verbürgen, die Unschädlichkeit allerdings nur, so lange innerhalb medicinischer Dosen geblieben wird. Die obere Grenze der Tagesdosis des Mittels zu bestimmen, dürfte vorläufig schwer sein. Ich habe eine Reihe von Fällen beobachtet, in welchen nun schon seit über zwei Jahren fast allnächtlich 4—6,0 zur Anwendung gelangten, ohne dass irgendwelche Störungen in den ersten Wegen, geschweige alkoholismusähnliche Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems zu beobachten gewesen wären.

In einem Falle von höchst peinlichem Krampf des Accessorius Willisii nahm der Kranke Monate lang um 12,0 täglich ohne irgend welche schädliche Nebenwirkung. In diesem Falle erprobte sich nicht nur die hypnotische, sondern auch die allgemein sedative und krampfstillende Wirkung des Mittels.

In einem Falle von Delirium tremens habe ich bis 20,0 in 24 Stunden ohne Nachtheil, mit endlichem hypnotischen und curativen Erfolge gegeben.

Anders ist die Sachlage, wenn — analog dem Morphium- und Chloralmissbrauch — das Paraldehyd anhaltend und in den medicinischen Gebrauch weit übersteigenden Dosen incorporirt wird. Schon Dujardin-Beaumetz, ein entschiedener Lobredner des Mittels, wirft im „Bulletin général de Thérapeutique" vom 30. Januar 1884 die Frage auf, ob das Paraldehyd nicht, analog dem Alkohol, mit der Zeit dem Organismus Schaden bringen möge.

Diese Frage kann ich für entschieden missbräuchliche und abnorm hohe Dosen aus meiner Erfahrung bejahen, insofern vor nicht langer Zeit ein Pat. sich mir vorstellte, der über Jahresfrist wegen neurasthenischer Beschwerden und Schlaflosigkeit täglich 35,0 Paraldehyd zu verzehren pflegte und von dessen Gebrauch befreit zu werden wünschte, weil er Tremor der Hände, Abnahme des Gedächtnisses und

der geistigen Frische bemerkte, welche Symptome auch thatsächlich vorhanden waren. Ueberhaupt machte der blasse, aufgedunsene, anämische, aber zugleich fettreiche, geistig abgestumpfte, in seinem Muskeltonus herabgesetzte Mann den Eindruck eines in chronischer Intoxication befindlichen, dem Alkoholismus nahestehenden Patienten.

Noch deutlicher ist die schädliche Wirkung des Paraldehydabusus in folgendem, auf der mir unterstehenden Nervenklinik beobachteten Falle von Paraldehyddelirium.

Beob.

Sophie S., 27 J., angeblich aus unbelasteter Familie, von Kindesbeinen auf nervös, von sehr labiler Vasomotorius-Innervation, auch gemüthlich reizbar, wurde mit 16 J. ohne Beschwerden menstruirt, strengte sich in den Entwicklungsjahren geistig sehr an, da sie sich dem Beruf einer Lehrerin widmen wollte. Die Menses wurden unregelmässig. Es entwickelten sich Symptome von cerebraler Asthenie und hysterische klonische Krampfanfälle. Im Anschluss an ein von der Familie nicht gebilligtes Heirathsproject litt sie vom 19. J. ab $1\frac{1}{2}$ J. lang an Melancholie und hysteroneurasthenischen Beschwerden (allgemeine Mattigkeit, Spinalirritation, Globus, Furcht vor geschlossenen Räumen u. s. w.), sowie an ungenügendem, schwer eintretendem und unerquicklichem Schlaf. Ein vor 6 J. consultirter Arzt ordinirte Chloralhydrat. Pat. hatte damit Ruhe vor ihren nervösen Beschwerden und ausgiebigen Schlaf. Sie gewöhnte sich an das Mittel, glaubte dasselbe nicht mehr entbehren zu können, consumirte nun jahrelang täglich etwa 5,0 Chloral. Sie wurde im Laufe des J. 1884 davon muskelschwach, geistig stumpf, anämisch, bekam Tremor und fühlte selbst das Bedürfniss, dieser Medication sich zu entziehen, versuchte es wiederholt, konnte aber vor Angst, Unruhe und vermehrtem Globus die Abstinenz nicht ertragen, musste immer wieder zum Chloral greifen, bis sie am 30. Januar 1886 auf Rath der Aerzte und Angehörigen sich entschloss, zur Entziehungscur und um von ihrem Nervenleiden befreit zu werden, die Grazer Nervenklinik aufzusuchen.

Der Stat. praes. ergab eine mittelgrosse, bleiche, anämische, aufgedunsene Persönlichkeit. Der Puls war weich, tard, die Herztöne etwas dumpf, aber rein. Keine Albuminurie. Vegetative Organe ohne Befund. Die neurotischen Beschwerden beschränkten sich auf Globus, Dyspnoegefühl, jedoch ohne Beschleunigung der Respiration, leichten Tremor, Muskelschwäche, Anorexie, zeitweise Bulimie. Keine Ovarie. Keine Erscheinungen von vasomotorischem Rash, keine Oedeme.

Am 3. Februar wurde Chloral, von welchem Pat. bisher 5,0 täglich genommen hatte, plötzlich entzogen, unter Substitution von 4,0 Paral-

dehyd. Da dieses nicht ausgiebig hypnotisch wirkte und die nervösen Beschwerden, speciell Athemnoth und Globus, verstärkt auftraten, wurde mit Paraldehyd auf 8,0 täglich gestiegen. Bei dieser Dosis stellte sich Euphorie ein. Pat. verlor ihr aufgedunsenes Aussehen, wurde geistig frischer, der Puls gewann seine normale Spannung wieder und am 20. April 1885 wurde die inzwischen auf 5,0 Paraldehyd zurückgeführte Pat. aus der Behandlung entlassen, mit der Weisung, diese nicht zu überschreitende Dosis anlässlich neuerlicher nervöser Beschwerden fortzugebrauchen.

Am 8. Januar 1887 wurde Pat. der Klinik wegen Paraldehydmissbrauch wieder zugeführt. Sie geht, stark nach Paraldehyd riechend zu, bleich, aufgedunsen, mit starkem Tremor der Zunge und Hände, Klagen über zeitweises Hitzegefühl im Kopfe, Globus, Beengungs- und Angstgefühl in den oberen Partien des Brustkorbes. Pat. ist fieberlos, Puls 90. Die vegetativen Organe ohne Befund. Sensibilität normal, ausgenommen die Beugeseite beider Kniegelenke und die Gegend der Ovarien, wo cutane Hyperästhesie besteht. Beide Ovarien druckempfindlich. Die tiefen Reflexe an den unteren UE. sind normal.

Pat. giebt an, dass sie seit der Entlassung, wegen fortdauernden Globus- und Athembeschwerden, andauernd Paraldehyd brauchte und seit Jahresfrist auf die Dosis von 30,0 pro die gekommen sei.

Die Verwandten berichten, dass Pat. über ärztliche Verordnung täglich 10,0 nahm, ausserdem aber heimlich en gros das Mittel vom Droguisten bezog. Sichergestellt wurde, dass das heimlich bezogene Quantum etwa 1 kg im Monat betrug. Sie nahm in der letzten Zeit das Paraldehyd sogar unverdünnt in den Mund und schluckte es unter Nachtrinken von Wasser. Man habe sie fast andauernd in einem duseligen oder rauschartigen Zustande gesehen.

Pat. gab beim Eintritt geringe Mengen von mit Wasser verdünnten Paraldehyd ab, versicherte hoch und theuer, nichts von dem Mittel mehr zu besitzen. Da sie aber bis zum 11. Februar fortfuhr, penetrant nach Paral. zu riechen, wurde eine Durchsuchung ihrer sämmtlichen Effecten vorgenommen und ein Quantum von 350,0 reinem Paral. bei ihr gefunden.

Gering gerechnet, hat Pat. per Tag 40,0 Paraldehyd bisher genommen. Da die Wirkungen einer plötzlichen Entziehung des in so hohen Dosen gebrauchten Mittels wissenschaftlich nicht bekannt sind und die Möglichkeit eines Delir. tremensartigen Zustandes a potu intermisso, nach Analogie der plötzlichen Alkoholabstinenz, nicht ausgeschlossen war, wurde, nach Rückgehen auf die medicinisch zulässige Dosis von 10,0, eine allmälige Entziehung, unter Verminderung der Dosis um 1,0 täglich

angeordnet und der Kranken reichlich Wein und Bier gewährt. Zugleich wurde sie isolirt und Bettruhe verfügt. Am 11. Abends hatte Pat. ihre bis zum 12. früh gewährte Dosis von 10,0 schon verbraucht. Sie wurde nun ängstlich, unruhig, äusserte Furcht vor der Nacht, die sie ohne Paraldehyd nicht verbringen werde, nahm von den Medicamenten anderer Patienten, in der Hoffnung, dadurch Beruhigung zu finden und trank den Wein einer Anderen aus. Die Nacht verlief schlaflos. Sie lag im Bette, jammernd und ächzend.

Am 12. früh 5 Uhr wurde Pat. delirant. Sie sprang mit dem Ausrufe: „Jetzt sterbe ich" zum Bett heraus, lief verzweifelt im Zimmer herum, hörte die Stimme ihrer Mutter, die weinte und der Tochter die bevorstehende Ueberführung nach der Irrenanstalt verkündete. Pat. ist nicht zu beruhigen, hört beständig die Mutter vor der Thüre weinen und schreien, sieht Kinder, einen Mann, der ihr droht. Starker Tremor linguae et manuum.

Nachmittags 1½ Uhr epileptiformer Anfall von 3' Dauer (Starre der OE., clonische Krämpfe in der Gesichtsmusculatur, Starre der Nackenmuskeln, Zähneknirschen, Zungenbiss, blutiger Schaum vor dem Mund, Cyanose), darnach ruhig, aber getrübtes Bewusstsein.

Am 13. schlaflose, aber ruhige Nacht. Pat. hat kaum die Hälfte der ihr bewilligten Paraldosis (9,0) verbraucht. Bewusstsein etwas freier. Tremores fortdauernd. Klagen über Zusammenzucken in den Kniekehlen. Erinnerung nur ganz summarisch für die Erlebnisse vom 11. Nachmittags, wieder tiefere Störung des Bewusstseins. Hört Stimmen, dass sie schwanger sei, dass ihr das Kind aus dem Leib gerissen werde. Sie hört ihre Eltern auf dem Corridor, sieht massenhaft kleine Kinder, ferner einen Mann mit einer Narrenmaske, weiss, dass sie im Narrenthurm sei, macht mit den Händen Kreuzbewegungen und verlangt, dass man ihr Blut einpumpe, sonst werde sie sterben. Pat. bemerkt das neben ihrem Bette stehende Paraldehyd (7,0) nicht. Abends wird es ihr gereicht. Sie trinkt es gierig aus.

14. Schlaflose Nacht. Glaubt sich daheim. Verwirrte, verstörte Miene. Tremores, dick belegte Zunge. P. 108. Temp. M. 37,5.

Nachmittags Temp. 38,3. P. 108. Ideenflüchtiger, deliranter Zustand. Faselt von ihren Eltern, Kindern, bittet, ihr das eine Auge zu lassen, das andere sei schon verloren. Glaubt sich im Kapuzinerkloster in C.

Abends P. 120—130, Herztöne rein, kräftig. Temp. 38,6. Im Harn Spuren von Albumin.

Delirirt von Entbindung, es riesele das Blut an ihr herab, geht nackt im Zimmer herum, massenhaft Gehör- und Gesichtshallucinationen.

tasst von Elektricität. Seit heute früh 4stündlich Injection von 0,01 ext. Opii aquosum und 2mal täglich 0,001 Strychnin nitr. subcutan.

15. Von 1—4 Uhr geschlafen. Darauf componirter, örtlich orientirt, Bewusstsein freier. Giebt an, massenhaft Kinder, phantastische Figuren und männliche Gestalten gesehen zu haben, die sich wild durcheinander bewegten, sodass dadurch ein „Gesumse“ entstand. In letzter Nacht habe sie sich auf der Eisenbahn geglaubt und deshalb beständig „einsteigen“ gerufen.

Im Ganzen heute 5 h. Schlaf. Temp. 37—38.

16. Von 1 Uhr früh an delirant. Sieht beständig Kaminfeger im Zimmer, spricht mit einer „Leopoldine“, sucht ihre Eltern, hört den Schwager und die Schwägerin sprechen. „Die Eltern führen Kampf auf Leben und Tod.“ Sie selbst ist 3mal gestorben. Dr. G. liegt ihr zu Füssen. Temp. 38,4—38,1, P. 92.

17. Unter Fortgebrauch der Injectionen 4 h. geschlafen. Bewusstsein klärt sich; frischeres Aussehen. Tremores schwinden. Temp. 37,4 bis 37,5. Harn eiweissfrei. Klagen über erschwerte Orientirungsfähigkeit, enorme Mattigkeit. Eintritt der Menses.

18. Ganze Nacht geschlafen. Temp. 36,8—37,4, P. 78. Anästhesie auf r. Fussrücken, Analgesie auf r. Planta pedis. Patellarreflex r. nicht auslösbar.

Von heute an noch 3mal täglich 0,03 extr. Opii subcutan.

19. Stundenweise geschlafen. Klagen über Funkensehen und Ohrensausen, hörte ab und zu ihren Namen rufen. Unter Tags ruhig, erschöpft. Temp. 37,5—37,8.

20. Wenig Schlaf, Globus. Spinalirritation, wechselnde Hitze- und Kältegefühle. Sensible Störungen an r. UE. schwinden. Abends noch 0,05 extr. Op.

21. Ziemlich geschlafen. Delirium geschwunden. Bewusstsein frei. Status quo ante.

Pat. bleibt ihrer hysterischen Neurose wegen bis Anfangs März auf der Klinik. Delirium und epileptische Insulte treten nicht mehr auf. Die Ernährung hebt sich, die neurotischen Erscheinungen schwinden bis auf zeitweise Schlaflosigkeit und neuralgische Beschwerden im r. Fuss. Paraldehyd wurde keines mehr gegeben und Pat. mit einem Bromrecept entlassen.

Ein Fall von Paraplegia brachialis.

Franz M., Landmann, 38 J., stellte sich am 11. November 1892 im klinischen Ambulatorium für Nervenkranke des allgemeinen Krankenhauses vor und bat um Rath wegen einer Lähmung seiner OE, von der er seit Anfang Juli 1892 befallen sei.

M. ist ein grosser, kräftig gebauter Mann aus angeblich ganz unbelasteter Familie, kein Trinker, war nie syphilitisch und, mit Ausnahme eines Typhus mit 19 Jahren und einer Pneumonie mit 35 Jahren, nie krank gewesen.

Am 25. Juni 1892 war er unter Fieber und Stechen in der l. Thoraxhälfte erkrankt. Der Arzt erklärte die Erkrankung für eine Lungenentzündung, setzte Blutegel, worauf grosse Erleichterung eintrat. Pat. konnte schon am 27. Juni das Bett verlassen und am 1. Juli wieder an die Arbeit gehen.

Am 2. Juli fühlte er sich neuerlich unwohl, hatte heftigen Kopfschmerz, blieb am 3. Juli zu Bett und war, als er am 4. Juli Morgens erwachte, an den OE. gelähmt.

Die Arme hingen schlaff herab und nur die Finger waren etwas beweglich. Am l. Oberarm spürte er keine Berührung, vom Ellbogengelenk abwärts war die Sensibilität herabgesetzt, desgleichen an der ganzen r. OE. Nach etwa zehn Tagen kehrte die Sensibilität wieder, auch die Beweglichkeit besserte sich etwas in den Fingern und Handgelenken, aber nun stellten sich Dysphagie, Dyspnoë und Schwerhörigkeit ein, zugleich mit heftigen, reissenden Schmerzen im Nacken, oberen Rücken, Schultern, l. Vorderarm und r. Ulnarisgebiet. Bei Druck oder passiver Bewegung steigerten sich diese Schmerzen bis zur Unerträglichkeit. Dieselben dauerten etwa 14 Tage und verloren sich dann gänzlich. Die Athemnoth (ohne Katarrh) hielt 14 Tage an, die Dysphagie (Pat. konnte nur flüssige Kost geniessen) und Schwerhörigkeit dauerten sechs Wochen.

---

*) Wiener klinische Wochenschrift 1893, 10.

Im September kehrte etwas Beweglichkeit in den Schulter-, im Laufe des October in den Ellbogengelenken wieder.

Schon seit den ersten Wochen hatte sich Abmagerung der Muskeln des Schultergürtels bemerklich gemacht, die in der Folge immer weiter vorwärts schritt.

Am 11. November 1892 constatirte man intacte Function sämmtlicher Hirnnerven und beider UE.

An den Schultergelenken war die Abduction nur minimal möglich, die Supination und Pronation des gestreckten Armes aufgehoben.

Im r. Ellbogengelenk waren alle Bewegungen möglich, aber sehr behindert, im l. wurde nur schwache Beugung erreicht.

Im r. Handgelenk erschienen ausser Palmarflexion alle Bewegungen sehr behindert, im linken gut ausführbar.

In den Fingergelenken der r. Hand alle Bewegungen sehr beschränkt, l. kein Ausfall, bis auf mangelnde Streckung des Mittelfingers.

Passive Bewegung im r. und l. Schultergelenk schmerzhaft.

Auf Druck schmerzhaft beide Tricipites und Cucullares, desgleichen die Nervi radiales und mediani.

Die tiefen Reflexe in der l. OE. etwas gesteigert, die Sensibilität intact, keine vasomotorischen Störungen, bedeutende Atrophie beider Mm. deltoidei, supra- und infraspinat., namentlich l. Atrophisch sind überdies l. Triceps und Biceps.

Anfang Januar 1893 lässt sich Pat. auf die Klinik aufnehmen.

Status praesens vom 12. Januar 1893.

Höherstehen des r. Schulterblattes, Vorspringen der Cucullarisränder. Im oberen Dorsaltheil dextroconvexe Skoliose. Auffallendes Hervortreten von Akromion, Proc. coracoid. und Crista scapulae. Abflachung des Spatium interscapulare. Grubige Vertiefung der Fossa supraspinata, Abflachung der Fossa infraspinata, geringes Abstehen des inneren Scapularrandes von der Unterlage. Der l. Angulus scapulae steht höher und ist etwas nach vorn rotirt. Bei passiver Erhebung des l. Armes rückt jener nach vorne fast bis zur hinteren Axillarlinie, und die Erhebung des Armes über die Horizontale stösst auf Widerstand. Die passive Bewegung in allen Gelenken frei und schmerzlos.

Bedeutende Atrophie der Mm. der Fossa supra- und infraspinata, der Deltoidei und Tricipites. Latissimi dorsi, Pectorales ohne auffälligen Schwund, aber sehr schlaff, ohne Tonus.

Active Beweglichkeit der Heber des Schulterblattes intact, der Senker desselben herabgesetzt.

Einwärtsroller der r. OE. sufficient, der l. in vermindertem Masse.

Auswärtsroller der r. OE. leidlich sufficient, der l. insufficient.

Die Pectorales in ihrer Function als Adductoren herabgesetzt, l. mehr als r.

Hebung der OE. sowohl r. als l. nur bis etwa 30° möglich.

Greifen der l. Hand nach der r. Schulter gelingt nicht, die r. Hand erreicht die l. Schulter.

Auf den Rücken vermag Pat. nur die r. Hand zu bringen, nicht aber die l.

Im Gebiet des r. Musculocutaneus ist die Leistung eine befriedigende, aber die grobe Muskelkraft sehr gering; die l. Bicepsgruppe ist ganz functionsuntüchtig.

Pronation und Supination im r. gebeugten Arme ausführbar, im l. unmöglich.

Der r. Triceps ist sehr muskelschwach, der l. besser.

Bei Dorsalflexion der r. Hand und Finger ist bloss der Extensor carpi ulnaris und der 5., 4., 3. Finger insufficient.

An der l. Hand vollzieht sich die Streckung befriedigend, mit Ausnahme des Mittelfingers. Auch der Interosseus 4. und der Abductor digiti minimi ist hier insufficient.

Sonst besteht kein Ausfall der Leistung im Ulnarisgebiet, auch nicht r., ebenso wenig im Gebiet der Nn. mediani.

Sensibilität allenthalben intact, tiefe Reflexe sehr herabgesetzt. Keine Kälte, Cyanose oder Oedeme oder cutane trophische Störungen im Lähmungsgebiet.

Faradisch unerregbar sind beiderseits M. supraspinatus, infraspinatus, hintere Portion des Deltoides und Triceps. Diese Muskeln sind auch mit statischer Elektricität nicht erregbar.

Herabgesetzt ist die faradische Erregbarkeit im l. Triceps (dabei träge Zuckung), im Biceps, Serratus major, latissimus dorsi beiderseits, ferner l. im Extensor digiti comm. und Antithenar.

Für den galvanischen Strom unerregbar sind M. supra- und infraspinatus.

Die übrigen Muskeln und Nerven bieten folgende Werthe:

	Rechts		Links
N. radialis (Umschlagstelle)	KSZ 6	M.-A.	5
	ASZ 9	"	10
N. ulnaris	KSZ 1·5	"	2·0
	ASZ 7·0	"	8·0
N. medianus	KSZ 6·0	"	7·5
	ASZ 6·0	"	7·5 (ASZ überwiegt)

Rechts			Links	
M. cucullaris	KSZ 1·0	M.-A.	2·0	
	ASZ 1·0	„	3·5	
M. deltoides				
vordere Portion	KSZ 8	„	3·0	
	ASZ 5·5	„	7·0	
hintere Portion	KSZ 4·0	„	3·5	
	ASZ 5·0	„	5·0	
M. biceps	KSZ 6·0	„	4·5	(träge Zuckung)
	ASZ 5·5	„	4·0	
M. triceps	KSZ 7·5	„	6·0	
	ASZ 5·0	„	5·5	
M. supinator longus	KSZ 6·0	„	5·0	
	ASZ 9·0		4·5	

In den atrophischen Muskeln sind häufige und intensive fibrilläre Zuckungen zu bemerken.

Epikrise: Paraplegia brachialis in Folge doppelseitiger multipler Neuritis im Gebiet des Plexus brachialis.

Ausgeschlossen kann werden eine Poliomyelitis anterior subacuta vom 5.—7. Cervicalnervensegment, da sensible Störungen, Anfangs Anästhesie, später Schmerzen im Krankheitsbild auftreten.

Auch der relativ gutartige Verlauf, das Ausbleiben vasomotorischer Störungen sprechen für Neuritis.

Die vorübergehende Dysphagie, Dyspnoë und Schwerhörigkeit sind im Sinne einer neuritischen Mitaffection von Vagus-, Glossopharyngeus- und Acusticusbahnen gelegentlich eines Nachschubes der Neuritis deutbar.

Die Polyneuritis ist möglicherweise als eine postpneumonische, infectiöse, durch Toxine vermittelte aufzufassen.

Schwer geschädigt erscheinen im Sinne einer Neuritis die Nn. sub- und suprascapularis, axillaris, radialis, musculocutaneus, leicht getroffen Nn. thoracici anteriores, N. thoracicus longus, medianus, ulnaris.

Der Fall, im Rahmen der sogenannten Erb'schen Lähmung, ist ein überaus seltener, da in der Literatur ausser einem von Bernhardt mitgetheilten, durch Trauma entstandenen nur ein kürzlich von Heyse (Berl. kl. Wochenschrift 1892 Nr. 52) bei einem Phthisiker beobachteter ihm zur Seite steht.

Ueber Drucklähmung von Armnerven durch Krückengebrauch*)

Während meiner elektro-therapeutischen Thätigkeit im Sommer 1871 an der Heilstation Baden hatte ich Gelegenheit, nachstehende 5 Fälle von Krückendrucklähmung zu beobachten und zu behandeln. Nur das besondere ätiologische Moment verleiht denselben eine klinische Bedeutung, da sie im Symptomenbild und Verlauf ganz mit den durch irgend eine andere traumatische Ursache herbeigeführten peripherischen Lähmungen übereinstimmen. Wie aus den bekannten Untersuchungen von Erb (Deutsch. Archiv V. H. 1; Centralblatt 1868 Nr. 8) und Hertz (Virchow's Archiv 1869 H. 3) hervorgeht, sind auch die durch Quetschung herbeigeführten Veränderungen der insultirten Nerven die gleichen wie bei durchschnittenen, nämlich eine von der Quetschungsstelle bis zur äussersten Peripherie fortschreitende Degeneration, die, an der Markscheide beginnend, endlich auch den Axencylinder ergreift, consecutive trophische Störungen der vom betr. Nerven versorgten Muskeln herbeiführt und die anatomische Ursache des bekannten Decursus der elektrischen Erregbarkeitsveränderungen an Nerv und Muskel ist.

Bei leichter Quetschung degenerirt und regenerirt sich wahrscheinlich nur der Theil der Nerven, der direct vom Trauma betroffen wurde, nicht die ganze periphere Ausbreitung, woraus sich der bald leichtere (Beob. 4 und 5), bald schwerere Charakter dieser Drucklähmungen erklären dürfte, der sich dann bei ersteren durch fehlende oder nur geringfügige Aenderungen der elektrischen Erregbarkeit und Ausbleiben von trophischen Störungen im Muskelgebiete der Lähmung klinisch und prognostisch auszeichnet. Besonders häufig und schwer sind die Insulte, welche der N. radialis bei diesen Krückendrucklähmungen erleidet, wohl wegen seiner anatomischen Lage, indem er da, wo er sich um den Humerus herumwindet, zwischen Knochen und Querstütze der Krücke besonders leicht eine Quetschung erfährt.

---

*) Deutsches Archiv für klinische Medicin 1871.

Therapeutisch empfehlen sich alternirende Behandlungsweisen mit Inductions- und galvanischen Strömen, wobei die kräftiger erregende Polwirkung der Ka vorzugsweise als stabiler und labiler Muskel- und Nervenstrom zu verwerthen ist. Für leichtere Fälle dürfte der inducirte Strom allein zur Herstellung genügen.

Prophylaktisch empfehlen sich möglichst gut gepolsterte Krücken, bei denen die Achselstütze nicht einfach mit Tuch gepolstert, sondern mit einem mittelst Kautschuck überzogenen Rosshaarkeilkissen bedeckt ist. Gut ist es auch, jede Krücke mit einer Handstütze zu versehen, die den Druck auf die Achsel vermindert und eine zeitweilige Benutzung der Krücke als Krückstock gestattet.

Beob. 1. Drucklähmung des N. radialis, medianus, ulnaris, musculocutaneus, cutan. brachii int. major et minor.

Bontemps, 22½ J., am 18. Dec. 1870 am Bein verwundet, begann Anfang März 71 auf schlechtgepolsterten Krücken zu gehen. Gleich in der ersten halben Stunde trat Taubheit des ganzen l. Arms, Prickeln, Ameisenkriechen, lästiges Gefühl von Schwere und Bewegungslähmung sämmtlicher Muskeln, ausgenommen des M. deltoides ein. Pat. verzichtete aufs Gehen, gebrauchte erfolglos spirituöse Einreibungen; die gelähmten Muskeln magerten ab.

Stat. praes. am 24. April: Bedeutende Abmagerung des gelähmten Armes, am Oberarm um 2 cm, am Vorderarm um 3 cm. Haut leicht cyanotisch, Temperatur vermindert; lästiges Gefühl von Formication. Ausgenommen auf der vom N. axillaris versorgten hinteren Fläche des Oberarms cutane Schmerz- und Tastempfindung im ganzen Arm erloschen, Reflexerregbarkeit aufgehoben. M. deltoides von normalem Volumen und intacter Leistungsfähigkeit; alle übrigen Muskeln, ausgenommen interossei und lumbricales gelähmt und ohne allen Tonus. Hand schlaff herabhängend. Sowohl die directe als indirecte galvanische und faradische Reizung ergiebt normale Erregbarkeit. Auf mechanische Reize reagiren die Muskeln nicht. Elektromusculäre Sensibilität herabgesetzt.

Die Behandlung bestand in alternirender Reizung der Muskeln und Nervenstämme mittelst galvanischer und farad. Inductionsströme, in täglichen Sitzungen von 5' Dauer.

Nach 10 Sitzungen kehrte die willkürliche Beweglichkeit im Gebiet des Medianus, nach der 13. im Ulnaris zurück, gleichzeitig mit der der Beuger des Vorderarms. Aeusserst hartnäckig blieb die Anästhesie des Vorderarms, der Hand und der Finger, sowie die Lähmung der vom N. radialis versorgten Muskeln, welche Functionsstörungen erst am 5. Juni

nach 34 Sitzungen vollständig beseitigt waren, sodass Pat. genesen entlassen werden konnte.

Beob. 2. Drucklähmung des N. axillaris, musculocutaneus, radialis, ulnaris, medianus.

Jacob, 25 J., am 22. Oct. 70 am Bein verwundet. Vom 24.–28. Februar 71 erste Gehversuche an Krücken. Am 28. Februar beginnendes taubes Gefühl und Ameisenkriechen im Bezirk des rechten N. ulnaris, das sich centripetal fortschreitend auf die ganze Extremität verbreitete. Zunehmende Schwerbeweglichkeit sämmtlicher Muskeln, bis zu völliger Lähmung sich rasch steigernd. In der Folge Gefühl von Schwere, Taubheit, Ameisenkriechen, Kälte. Der Arm magerte ab, die Lähmung blieb complet und unverändert bis auf die letzten 3 Wochen, wo sich fortschreitende Besserung zeigte.

Stat. praes. am 24. April 71: Ober- und Vorderarm um 2 cm abgemagert. Erhebung des Arms bis zur Horizontalen nicht möglich (Parese des M. deltoides), Parese der Strecker und Beuger des Vorderarms, der Flexores manus et digitorum, der Pronatoren und Supinatoren; complete Lähmung der Mm. interossei, lumbricales, der Extensores manus et digitorum. Hand schlaff herabhängend und etwas nach der Ulnarseite gewendet, durch vorwiegende Lähmung des M. extens. und flexor carp. radialis. Faradische und galvanische Erregbarkeit von Muskeln und Nerven normal, ausgenommen im N. radialis, wo sowohl für den galvan. als faradischen Reiz die indirecte Erregbarkeit fast aufgehoben, die directe erheblich vermindert und im N. extensor carp. radial. = 0 ist. Die elektromusculäre Sensibilität allenthalben intact, desgleichen die cutane, ausgenommen im ganzen Radialisgebiet, wo sie sehr vermindert ist.

Die Behandlung bestand in täglicher Reizung der Nervenstämme und Muskeln mittelst der Ka labil. Während nach 14 Sitzungen die Lähmung aller übrigen Muskeln beseitigt war, erwies sich die im Gebiet des N. radialis äusserst hartnäckig, ja sogar die indir. farad. Erregbarkeit sank temporär auf Null und die Farado- und Galvanocontractilität nahmen noch weiter ab.

Ziemlich plötzlich kehrte um die 25. Sitzung die cutane Sensibilität im Radialgebiet wieder. Damit coincidirten eine erhebliche Besserung der Erregbarkeit für indir. und directe faradische Ströme und beginnende Wiederkehr der Motilität der vom Radialis versorgten Muskeln. Die Besserung schritt von da ab rasch fort. Als Pat. am 4 Juni fast völlig hergestellt nach 37 Sitzungen entlassen werden musste, war jede Bewegung ausführbar, die Muskelkraft jedoch noch gering; die indir. galvan. und farad. Erregbarkeit zur Norm zurückgekehrt, die Farado-

contractilität normal, die galvanische Muskelerregbarkeit noch etwas vermindert.

Beob. 3. Drucklähmung des N. musculocutaneus und von Radialis- und Medianusästen.

Leonhard, 24 J., am 22. Oct. verwundet. Mitte Febuar erster Gebrauch von Krücken. Schon nach wenigen Tagen stellte sich Prickeln und Pelzigsein in den 2 letzten Fingern der linken Hand ein, das sich auf die ganze Hand verbreitete. Pat. fuhr fort an Krücken zu gehen. Nach weiteren 2 Tagen trat Parese in den Beugern und Streckern der Hand und den Fingern, sowie der Beuger des Vorderarms ein. Die Hand hing schlaff und kraftlos herab und wurde unbrauchbar.

Stat. praes. am 25. April: Linker Oberarm um 3, l. Vorderarm um 2 cm abgemagert. M. biceps und brachial. int. paretisch, Vorderarm in Pronationsstellung (Lähmung des M. supinator brevis), Dorsal- und Volarflexion der Hand nur unvollkommen möglich; Hand nach der Ulnarseite abgewichen (Lähmung des M. flexor carp. radialis), Fingerbewegung intact. Cutane Sensibilität unversehrt. Normale elektrische Reaction auf alle Stromesarten.

Die Therapie bestand in labiler Ka-Reizung der Nn. perforans, medianus, radialis. Schon nach wenigen Sitzungen gelang die volle Flexionswirkung der Beuger des Vorderarms, dann kehrte die Function des Flexor. carp. radialis, endlich die der Extensores manus und des Supinator brevis zurück. Am 13. Mai, nach 12 Sitzungen, konnte Pat. genesen entlassen werden.

Beob. 4. Drucklähmung von Radialiszweigen.

Schulze, 28 J. Seit März Gebrauch von gut gepolsterten Krücken wegen Beinschuss. Seit Anfang Mai beginnende Parese des Extensor carp. rad. et ulnar., Extensor. digit. communis. Hand hängt schlaff herab, Finger nicht streckbar. Extensores pollicis intact. Normale indirecte, verminderte directe faradische und galvanische Erregbarkeit. Cutane Sensibilität intact. Keine Muskelatrophie. Behandlung mittelst indirecter galvan. und faradischer Reizung. Am 20. musste Pat. evacuirt werden. Auf 6 Sitzungen hatte sich die willkürliche Bewegung gebessert, sodass die Dorsalflexion der Hand möglich war. Die normale elektrische Reaction bestand fort.

Beob. 5. Drucklähmung von Radialis- und Medianuszweigen.

Reuter, 26 J. Krückengebrauch wegen Paraplegie nach Meningitis spinalis. Seit einigen Wochen zunehmende Parese und taubes Gefühl im Vorderarm, Hand und 3 ersten Fingern.

Stat. praes. am 16. Mai: Parese der Strecker der r. Hand und

Finger, der Beuger der 2. und 3. Phalanx des 1—3. Fingers. Hand kann nur bis zur Horizontalen gestreckt und nicht zur Faust geballt werden. Händedruck kraftlos. Interossei und Lumbricales nicht gelähmt. Cutane Sensibilität intact. Normale elektrische Reaktion, ausgenommen im Radialgebiet, wo die indirecte Erregbarkeit auf faradische und galvanische Ströme vermindert ist, bei verminderter Faradocontractilität und intacter Galvanocontractilität der paretischen Muskeln.

Behandlung: indirecte und directe faradische Reizung nebst labilen galvan. Muskelströmen. Nach wenigen Sitzungen normale Reaction und Motilität im Medianusgebiet, die nach 11 Sitzungen auch im Bezirk des Radialis wiedergekehrt sind.

Eine Diagnose auf Tumor in der Grosshirnschenkel-Haubenbahn.*)

Mit Recht hebt Prof. Heubner (Archiv f. Psychiatrie XII, p. 586) die Wichtigkeit hervor, welche Gehirntuberkel, speciell solitäre, falls ihre Symptome gut beobachtet wurden, für das Studium der Function bestimmter Hirntheile haben können, da sie bei ihrem Umschriebensein und bei der geringen Schädigung der umgebenden Hirnsubstanz den Werth eines physiologischen Experimentes am Menschen haben, ja dieses sogar noch übertreffen. Der folgende Fall erfüllt diese Voraussetzungen und dürfte um so beachtenswerther sein, als er nicht ein Kind betraf, bei dem die Ausbeutung der klinischen Phänomene immer erschwert ist, sondern ein erwachsenes Individuum.

Am 10. December 1888 gelangte auf der Grazer Nervenklinik die 41 J. alte Taglöhnersfrau Anna W. zur Aufnahme. Sie stammt angeblich aus gesunder Familie, hat nie concipirt, will nie luetisch afficirt gewesen sein, seit zwei J. in Folge chronischen Schnupfens das Geruchsvermögen verloren haben. Sie war nie schwer krank, verlor 1886 die Menses ohne Beschwerden. Im Herbst 1887 schwollen unter Schmerzen die r. Halsdrüsen stark an und blieben geschwellt. Im Sommer 1888 litt Pat. an rechtsseitigem heftigem Kopfschmerz mit Erbrechen, das aber nach Herausbeförderung von Ascariden nicht wiederkehrte.

Am 1. November 1888 bekam Pat. plötzlich ein Gefühl von Schwere in den Beinen, sodass sie sich heimführen lassen musste. Der habituelle Kopfschmerz steigerte sich. Pat. hatte ein Gefühl in der Stirngegend, als ob siedendes Wasser herumlaufe, Sausen und Läuten im r. Ohr, empfand Schwindel, Schwäche in der r. OE., reissende Schmerzen in dieser und im r. Bein, Schütteltremor in r. OE. und UE. bei kalter Luftung und bei Bewegungen, Doppelsehen und beiderseitige Ptosis, jedoch schwand die des l. Auges schon am folgenden Tage. Bei der Aufnahme erschien Pat. mittelgross, in der Ernährung reducirt. Die r. Schädel-

*) Wiener klinische Wochenschrift 1889, 47.

hälfte war auf Percussion sehr empfindlich. Auf dem r. Auge bestand Lähmung sämmtlicher innerer und äusserer Zweige des N. oculomotorius, bei Unversehrtheit der Leistungen des Abducens und des Trochlearis.

Pupillenweite 4,5 mm. Einschränkung des Gesichtsfeldes auf der r. nasalen Hälfte.

Pupille des l. Auges eng, auf Licht accommodativ reagirend. Sehvermögen intact. Gesichtsfeld nach keiner Richtung hin eingeschränkt. Mit dem Augenspiegel constatirte man auf beiden Augen eine leichte Verschleierung der Papille.

Gehör, Geschmack intact, Geruchsvermögen erloschen. Alle übrigen Hirnnerven normal functionirend. Kopf- und Rumpfbewegungen ungestört. Wirbelsäule normal.

Rechte Oberextremität: Grobe Muskelkraft etwas vermindert. Einzelbewegungen normal.

Hyperalgesie. Auch die Nervenstämme auf Druck empfindlich. Tiefe Reflexe enorm gesteigert bis zu Schüttelkrampf.

Nirgends Sensibilitätsausfall.

Linke Oberextremität: Normale Muskelkraft, ausgesprochene Ataxie, kein Intentionszittern, tiefe Reflexe schwach.

Sensibilität normal.

Rechte Unterextremität: Grobe Muskelkraft etwas herabgesetzt. Einzelbewegungen erhalten. Das Bein wird beim Gehen etwas nachgezogen.

Enorme Steigerung der tiefen Reflexe, sodass nicht bloss Beklopfen der Sehnen, sondern auch solches der Knochen allgemeinen Schüttelkrampf hervorruft, der zuweilen auch sich auf die r. OE. fortsetzt.

Durch Beklopfen des Condyl. int. femoris kann man Adductoren und Quadriceps in Contractur versetzen; bei Beklopfen des Schienbeins entsteht eine Contractur im M. tibialis ant.

Hyperalgesie. Sensibilität überall erhalten. Muskeltonus gesteigert. Muskelbewusstsein intact.

Linke Unterextremität: Bei normaler Muskelkraft und Einzelbewegung besteht hochgradige Ataxie. Sensibilität normal, desgleichen Muskelbewusstsein; P. S. R. normal, Achillesreflex fehlt (r. hochgradiger Fussklonus). Beklopfen der l. Tibia ruft Schütteltremor am r. Bein hervor. Bauchdeckenreflex beiderseits vorhanden, r. gesteigert. Die rechtsseitigen Halsdrüsen bis bohnengross geschwellt, nicht hart. Lues nirgends nachweisbar. Harn eiweiss- und zuckerfrei. Puls constant über 100. Abendliche subfebrile Temperaturen. Zeichen von tuberculöser Erkrankung nirgends auffindbar.

19. December. Beständiger Drehschwindel, auch im Bette. Die

motorische Schwäche und die Steigerung der tiefen Reflexe ist in r. OE. und UE. nicht mehr so ausgesprochen. Die Hyperalgesie erstreckt sich auch auf die r. Gesichtshälfte.

Sonst Stat. idem.

Papillen verschleiert, ihre Grenze undeutlich, ebenso die der Gefässe, die nur als schmale Streifen sichtbar sind.

Quellung und Trübung der Papillensubstanz (beginnende Stauungspapille).

Bei der heutigen klinischen Demonstration wird die Diagnose auf Tumor im r. Grosshirnschenkel, mit vorwiegendem Sitz in der Haubenregion, gestellt. Die Natur des Tumors bleibt unbestimmt. Natr. jodat. bis zu 3,0 täglich.

28. December. Beginnende Ptosis links. Parese des M. rectus superior und inferior oculi sin. Deutlich ausgesprochene Papillitis.

In r. OE. und UE. ist die motorische Schwäche ganz geschwunden; die tiefen Reflexe sind neuerlich und andauernd enorm gesteigert (u. A. Patellarklonus), die rechtsseitige Hyperalgesie besteht unverändert fort.

Auf der l. OE. und UE., ausser bedeutender Ataxie, keine Functionsstörung wahrnehmbar.

Da der Tumor maligen und jedenfalls nicht luetisch zu sein scheint, wird Jodbehandlung sistirt.

3. Januar 1889. Verfall der Kräfte. Fieber continuirlich, mit Morgentemperaturen bis 38,0, abendlichen bis 39,5. Psychischer Torpor; Pat. ab und zu verwirrt und subdelirant.

12. Januar. L. Schenkel wird ödematös, schmerzhaft (marantische Venenthrombose). Bronchialkatarrh.

In r. OE. und UE. Hyperalgesie geschwunden. Grobe Muskelkraft unversehrt. Tiefe Reflexe nach wie vor sehr gesteigert.

In l. OE. und UE. andauernd Ataxie bei ungeschwächter Muskelkraft, erhaltenem Muskelbewusstsein, intacter Sensibilität und nicht gesteigerten tiefen Reflexen. Bauchdeckenreflex l. erloschen.

R. totale Oculomotoriuslähmung bei maximal erweiterter starrer Pupille. Abducens und Trochlearis intact.

L. überhandnehmende totale Oculomotoriuslähmung. Abducens und Trochlearis unbetheiligt. Mundzweige des l. Facialis paretisch.

Zunehmender Verfall bis Ende Januar. Continuirliches Fieber bis 39,5.

Ueberhandnehmende Venenthrombose der l. UE. Somnolenz, Euphorie.

Am 5. Februar 1889 stellt sich Trachealrasseln ein und gegen Mitternacht erfolgt der Exitus letalis.

Section (Prof. Eppinger) 6. Februar 1889.

„Körper mittelgross, zart gebaut, sehr mager, blass, die r. Halsseite geschwollen.

Schädeldach gross, rund, compact, hyperostotisch. Hirnhäute schlaff, verdickt, blutreich, Pia stark durchfeuchtet, an der Hirnbasis ganz zart. Die Gefässe sind hier auffallend eng, zartwandig, nur mässig gefüllt.

Die Gehirnrinde ist etwas dünner, graubraun. Die Marksubstanz zäh, von reichlichen dunklen Blutpunkten durchsetzt. Die Ventrikel sind mässig weit, die Plexus blass, das Ependym ist zart.

Der r. Grosshirnschenkel erscheint, nach Entfaltung der Ausdehnung beider Grosshirnschenkel und bei Vergleichung beider untereinander, von der Gehirnbasis aus betrachtet, vorzüglich in seiner hinteren und medialen Partie etwas geschwollen, wobei der hintere Winkel des Trigonum intercrurale von r. her verkleinert und das Foramen coecum posterius verengt erscheint. Der Sulcus oculomotorius dexter ist durch die Wölbung der medialen Fläche des r. Hirnschenkels fast verstrichen, und indem die Wölbung in die mediale Fläche des anderen Hirnschenkels sich vordrängt und sie etwas einbuchtet, ist der Sulc. oculomot. sinister gänzlich verstrichen.

Der N. oculomot. dexter ist platter, dünner und mattweiss gefärbt; der N. oculomot. sinister hinter ihm vortretend. Das vordere Drittel des r. Grosshirnschenkels bietet in Form und Volumen keine Abweichung.

Von dem mittleren Ventrikel aus betrachtet, fällt sofort die Verbreiterung und Abplattung des r. hinteren Vierhügels nebst Ablenkung des weiten Eingangs zum Aquaeduct. Sylv. nach links auf, ausserdem das Vorspringen des überdies grösseren und härter sich anfühlenden vorderen r. Vierhügels. Statt der r. horizontalen Furche der Vierhügel findet sich die abschüssige hintere Fläche des r. vorderen Vierhügels und die longitudinale Furche ist breit und flach.

Beim Durchschneiden des r. Grosshirnschenkels, knapp vor seiner hinteren Grenze am vorderen Rande des Pons Varol., im Bereich des hinteren Vierhügels, erkennt man, dass die ganze Haubenportion bis auf ein schmales, 1,2 cm breites Feld nächst der Substantia nigra ersetzt wird durch einen Knoten von 13 mm Breite und 11 mm Höhe. Derselbe erstreckt sich bis dicht an die Mittellinie zwischen den beiden Hauben.

Die r. hintere Vierhügelplatte ist gehoben, abgeplattet, verbreitert, verdünnt und lässt sich in Form einer weisslichen Platte abheben, da ihre dem Knoten zugekehrte Gewebsschicht erweicht ist.

Der Hirnschenkelfuss ist hier etwas breiter, aber frei.

In der Gegend des r. vorderen Vierhügels ist dagegen die Haube bis auf ein etwas breiteres Feld an der Grenze gegen die Substantia nigra und überdies der ganze r. Vorderhügel von demselben Knoten eingenommen, sodass dieser, nur bedeckt von der Ependymschichte, gegen den Aquaeduct. Sylv. heranrückt, an Stelle des r. Vorderhügels zu Tage tritt und so jenen Vorsprung bildet, dessen man beim Anblick des Mittelhirns von dem mittleren Ventrikel aus ansichtig wurde.

Der Hirnschenkelfuss ist auch hier vollständig frei.

Indem der Knoten auch hier eine Höhe von 11 mm behält, mit seinem hinteren Pole bis an die hintere Grenze des r. Grosshirnschenkels am vorderen Rande des Pons (dessen dem Knoten zugewendete Gewebsportion stärker durchfeuchtet und homogen röthlich gefärbt erscheint) reicht und mit seinem vorderen Pole den ganzen rechten Vorderhügel in sich fasst, so ist (wie es auch die weiteren Schnitte nach vorne zu lehren) die vorderste, 5 mm lange Partie des r. Grosshirnschenkels (bis zum medialen Rand des Tract. optic. dexter gemessen) von dem Knoten vollständig frei.

Der Knoten hat somit eine länglich ovale Gestalt, liegt schräg von hinten und unten nach vorne und oben im r. Mittelhirne und hat, bis auf eine dünne Grenzschichte hart an der Substantia nigra, die Haubenportion der hinteren Dreiviertheile des r. Grosshirnschenkels und den ganzen r. Vorderhügel in sich aufgenommen.

Er besteht peripher aus grauvioletter zäher, sonst aus harter, morscher, gelbkäsiger Substanz und erweist sich bei histologischer Untersuchung als echter Tuberkel mit einzelnen aber sehr deutlichen Tuberkelbacillen. Der Befund der übrigen Organe ergiebt sich aus folgender anatomischer Diagnose: „Tuberculosis chronica glandularum lymphatic.; Tuberculosis recens pulmonum. Pneumothorax dexter accedente pleuritide; Thrombosis ven. cavae infer. et ven. iliacae communis later. sin.“ (Prof. Eppinger.)

Herr Dr. Elschnig, Assistent der Augenklinik, untersuchte mikroskopisch die Sehnerven und hatte die Güte, mir nachstehenden Befund mitzutheilen: „Am r. Auge wurde der Sehnervenkopf in horizontale Meridionalschnitte zerlegt; vom angrenzenden Stück des N. opticus wurden Querschnitte angefertigt. Beträchtliche Schwellung des Papillengewebes in Höhe und Breite, Nervenfaserbündel auseinander gedrängt, einzelne Nervenfasern, besonders in den oberflächlichen Schichten, verdickt und sklerosirt. Das Stützgewebe vermehrt, kernreich, die grossen Gefässe weit klaffend, Venen strotzend mit Blutkörperchen gefüllt; die kleinen

an Zahl vermehrt, ein ungemein reiches Netzwerk bildend, ebenfalls reichlichst Blutkörperchen enthaltend.

Das die Lücken der Lamina erfüllende Gewebe ist sehr kernreich; hinter der Lamina reichliche herdweise Ansammlung rundlicher Zellen, die Septa verdickt, sehr gefässreich.

Oben aussen am Sehnerv, 5 mm hinter der Lamina ein keilförmiger Bezirk, ungemein reichliches Bindegewebe mit viel zelligen Elementen enthaltend. Die Nervenbündel sind daselbst fast vollständig atrophirt, das Gliagewebe gewuchert. Kein Oedem des Sehnerven, auch kein Scheidenhydrops; die Scheiden dem Sehnerven dicht anliegend, etwas verdickt, die mittlere stellenweise aus einem zellreichen, mannigfaltig geformten Balkenwerk, von ebenfalls verdicktem Endothel überkleidet, bestehend. Diagnose: Stauungspapille, interstitielle Neuritis hinter der Lamina.

Epikrise. Bezüglich der Diagnose eines Tumor cerebri überhaupt konnte nach den Symptomen (Kopfweh, Schwindel Stauungspapille u. s. w.) kein Zweifel bestehen.

Für eine basale Localisation des Tumor sprach eine totale r. Oculomotoriuslähmung nebst vorübergehender im Gebiete des l. (Ptosis), umsomehr als kein Grund vorlag, diese Lähmung für eine durch Fernwirkung bedingte, indirecte zu halten und auch dieselbe aus einer Kernlähmung nicht herzuleiten war.

Es lag somit nahe, für die dauernde r. Oculomotoriuslähmung eine Zerstörung der die Haube durchziehenden Nervenfasern durch den Tumor anzunehmen und einer (indirecten) Druckwirkung dieses rechtsseitigen Tumor auf Fasern des l. Oculomotorius die temporäre Ptosis zuzuschreiben.

Zu Gunsten eines Tumor in Grosshirnschenkelbahnen sprach weiter der Befund einer rechtsseitigen Parese der OE. und UE. mit enormer Steigerung der tiefen Reflexe in diesen Extremitäten (Schädigung der willkür- und reflexhemmenden Bahnen des l. Hirnschenkelfusses) und der einer rechtsseitigen Hemihyperalgesie (Schädigung beziehungsweise Reizung der l. Haubenbahn).

Da diese Symptome nur episodisch waren (ausgenommen die Steigerung der tiefen Reflexe) und in ihrer Intensität wechselten, liessen sie sich nur als indirecte Symptome, etwa durch Druck eines rechtsseitigen Tumor medialwärts nach dem l. Hirnschenkel deuten.

Der Befund entsprach nicht dem gewöhnlichen der Grosshirnschenkeltumoren, insofern zwar eine dauernde gleichseitige Oculomotoriuslähmung bestand, aber die contralaterale (l. Hemiplegie) vermisst wurde.

Dieses Symptom war ersetzt durch eine linksseitige Hemiataxie als dauernde Erscheinung.

Mit dem Fehlen einer linksseitigen Hemiplegie war eine erhebliche Schädigung der Bahn des r. Hirnschenkelfusses ausgeschlossen. Für die klinische Deutung der Hemiataxie liessen sich Fälle von Buss (Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 41, S. 241) und von Kahler und Pick (Prager Vierteljahrsschrift Bd. 162) verwerthen.

Buss fand einen erbsengrossen alten encephalitischen Herd in der Haube des hinteren Abschnittes des l. Grosshirnschenkels (und der vorderen Hälfte der Brücke). Der Herd hatte solchen Sitz, dass er die Schleifenbahn intact liess.

Während des Lebens hatte dauernde Ataxie aller E., besonders aber der r. OE. bestanden.

Kahler und Pick haben bei hämorrhagischem Herd in der Formatio reticularis der Haubenbahn der l. Ponshälfte rechtsseitige Ataxie beobachtet.

Auf Grund aller für einen Tumor im rechten Hirnschenkel mit Schonung der Fussbahnen sprechenden Thatsachen musste die Diagnose im obigen Sinne gestellt werden und die Nekropsie hat erwiesen, dass jene richtig, die Haubenbahn sogar ausschliesslich afficirt war.

Dieser klinisch-nekroskopische Befund scheint mir wichtig für die künftige Diagnose von Hirnstielherderkrankungen und lässt sich wohl dahin verwerthen, dass mit Hemiataxie gekreuzte Oculomotoriuslähmung auf eine Herderkrankung der Haubenbahn auf der Seite der Oculomotoriuslähmung im Grosshirnschenkelgebiet künftig zu beziehen sein dürfte. Der vorliegende Fall, in seiner Localisation klar und sicher gestellt, dürfte aber auch für die Physiologie nicht ohne Werth sein, insofern er coordinatorische Functionen der Haubenbahn erweist, wie dies schon Kahler und Pick in ihrer obenerwähnten Arbeit vermutheten.

Diese Ataxie im vorliegenden Falle muss als eine rein motorische aufgefasst werden, da sensorische Störungen im Gebiete der Ataxie durchaus fehlten.

Jedenfalls erscheint sie als directes Symptom der Läsion der r. Haubenbahn. Leider ist in anderen Fällen von Hirnschenkelerkrankungen, die in der Literatur verzeichnet sind, die Ausdehnung des Herdes nicht so präcis angegeben, dass das ausschliessliche Getroffensein bestimmter Bahnen ersichtlich wäre. Damit entfällt die Möglichkeit einer Vergleichung mit dem vorliegenden Falle.

Bekanntlich haben Budge a. a. O., sowie Afanasieff (Wien. med. Wochenschrift 1870, Nr. 9—12) nachgewiesen, dass die motorische Bahn für die Blasennerven im Hirnschenkel verläuft. Die Intactheit der

Blasenfunction in unserem Falle spricht dafür, dass ihre Bahnen im Fusse laufen, desgleichen die der vasomotorischen Nerven. Wenigstens bestanden keine vasomotorischen Störungen, wie sie Weber (Med.-chirurg. Transactions 46. Bd., 1863) bei einem Fall von Extravasat in der unteren und inneren Hälfte des l. Hirnschenkels in der r. hemiplegischen Körperhälfte constatiren konnte.

Bemerkenswerth ist noch in unserem Falle die Hartnäckigkeit der Steigerung der tiefen Reflexe auf der r. Körperhälfte gegenüber dem Ausgleich des Ausfalles motorischer Leistung daselbst, obwohl beide Störungen doch nur indirect bedingt waren. Dieses Fortbestehen der Functionsstörung reflexhemmender Bahnen findet sich übrigens auch im Verlaufe bei Apoplexien und zeigt, dass die Hemmungsbahnen für die tiefen Reflexe weniger widerstandsfähig sind als die Bahnen für den Willensimpuls.

Der Ausfall der Function der ungekreuzten Opticusfasern des r. Auges (nasaler Gesichtsfelddefect) erklärt sich wohl aus dem Befund einer interstitiellen Neuritis optica, und nicht aus dem Zugrundegehen des r. vorderen Vierhügels, dessen Bedeutung für den Sehact sehr fraglich sein dürfte.

Zur Kenntniss der primären Rückenmarksblutung (Hämatomyelie).*)

Professor Leyden hat in der Zeitschrift f. klin. Medicin, Bd. XIII, Nr. 3 und 4 darauf hingewiesen, dass die Blutung in die Rückenmarkssubstanz (Apoplexia medullae spinalis) höchst selten ist, dass die medicinische Literatur nur eine kleine Zahl bezüglicher Beobachtungen aufweist und dass eine Vervollständigung unserer Kenntnisse hinsichtlich der Pathologie und Klinik dieser Fälle von primärer Hämatomyelie wünschenswerth sei. Die Angabe des hervorragenden Forschers bezüglich der Seltenheit der Apoplexia medullae spinalis finde ich in meinem Beobachtungskreise bestätigt, insoferne unter 245 Fällen organischer Rückenmarkskrankheit nur drei waren, in welchen die Diagnose auf Blutung gestellt werden konnte oder durch den Sectionsbefund erwiesen wurde.

Die treffliche Arbeit Leyden's macht es unnöthig, an dieser Stelle auf Wesen und klinische Erscheinungen der Hämatomyelie einzugehen. Ich beschränke mich auf die Mittheilung zweier der von mir beobachteten Fälle, welche geeignet sein dürften, klinisch interessante Ausgangsmöglichkeiten der Rückenmarksapoplexie in Form der Heilung mit Defecten und ohne solche zu illustriren. Die Mittheilung des dritten Falles dürfte an dieser Stelle nicht opportun sein, weil die allerdings klinisch ausschlaggebende und tödtlich endigende Apoplexia in dem Beginne einer Myelitis auftrat, somit als Hämatomyelitis zu bezeichnen wäre.

I. Johann N., 64 J., verheirathet, Taglöhner aus Steiermark, aus gesunder Familie, früher gesund, bemerkte vier Jahre vor der am 4. December 1887 auf die Grazer Nervenklinik erfolgten Aufnahme, mitten im vollen Wohlsein, eines Morgens Ameisenkriechen im l. Bein, zu dem sich heftiger, stechender, vom Fuss ausgehender und sich bis zur Hüfte erstreckender Schmerz gesellte. Nach einer Viertelstunde fiel Pat. um. Der Schmerz war nun weg, aber das l. Bein, bis auf schwache Beuge-

*) Wiener klinische Wochenschrift 1889, 49.

und Streckbarkeit im Knie, gelähmt. Auch die Sensibilität war sehr herabgesetzt und es bestand Incontinentia urinae et alvi.

Nach 14 Tagen besserte sich die Lähmung so weit, dass Patient wieder nothdürftig gehen konnte. Gleichzeitig bemerkte er fortschreitende Abmagerung im l. Bein.

Nach der Versicherung des Pat. blieb der Zustand die letzten Jahre ziemlich stationär, jedoch functionirten die Sphincteren wieder leidlich und besserte sich die Gehfähigkeit soweit, dass Pat. mit einem Stock ziemlich weit gehen konnte.

Stat. praes.: 5. December 1887. Pat. gross, kräftig gebaut, gut genährt. Die Function der Gehirnnerven, der OE. und der r. UE. ist ganz normal. Der Sphincter ani ist sufficient, der der Blase nicht vollkommen. Seit der Erkrankung will Pat. auch an Erectionsschwäche leiden.

Der Befund an der l. UE. ist folgender: Die Musculatur der Hinterbacke ist sehr abgemagert, bietet fibrilläre Zuckungen und sehr herabgesetzten Muskeltonus. Die Streckung, Abduction und Auswärtsrollung im l. Hüftgelenk ist sehr ungenügend. Im Kniegelenk sind alle Bewegungen gut ausführbar. Fussgelenk und Zehen sind unbeweglich.

Patellarreflex beiderseits gleich, nicht gesteigert; kein Achillesreflex; der plantare Reflex fehlt l.

Das l. Bein ist im Umfang reducirt. (Oberschenkelmitte l. 40, r. 42,5 cm, Unterschenkelmitte l. 30, r. 32.) Einfache tactile Reize werden allenthalben in der l. UE. richtig empfunden und localisirt. Für thermische Reize, sowie für Schmerz ist die Sensibilität im Bereiche des Unterschenkels, der Beugeseite des Oberschenkels und der Glutäalgegend herabgesetzt. Bei Prüfung mit dem Tastercirkel tritt Empfindung von zwei Spitzen ein bei Spitzendistanz von

Unterschenkel Vorderfläche

oberes Drittel aussen rechts 40 mm, links 50 mm
" " innen " 48 " " 53 "
mittleres Drittel aussen " 44 " " 51 "
" " innen " 45 " " 47 "
unteres Drittel aussen " 30 " " 43 "
" " innen " 27 " " 39 "

Unterschenkel Hinterfläche

Mitte rechts 39 mm, links 30 mm
Dorsum pedis rechts 41 mm, links 55 mm
Planta pedis " 39 " " 56 "

Die faradische und galvanische Erregbarkeit der Glutaei ist minimal, und werden selbst bei stärksten Strömen nur Contractionen einzelner Faserbündel erzielt.

Das Muskelgebiet des Obturatorius und Cruralis bietet leichte Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit; das Gebiet des Tibialis und Peroneus ist indirect weder durch faradische noch durch galvanische Ströme erregbar; bei directer faradischer Prüfung erzielt man mit maximalen Strömen nur schwache und partielle Zuckung, und bei galvanischer, nur schwache KaSz. Es besteht somit nur quantitative, nicht qualitative Aenderung der Erregbarkeit.

Die Haut im Bereiche der l. Hinterbacke ist kühl und livid verfärbt. Dasselbe ist noch im vermehrten Maasse im Bereich des Unterschenkels und Fusses der Fall. Hier ist die Haut überdies verdickt und glänzend.

Pat. wurde einige Zeit galvanisirt und faradisirt ohne besonderen Erfolg und am 16. Januar 1888 entlassen.

Anfangs Februar 1889 liess er sich neuerlich aufnehmen. Der Befund war wesentlich der gleiche wie das erste Mal. Die Tastercirkelmaasse waren annähernd dieselben wie früher. Auch diesmal wurde constatirt, dass die Herabsetzung der Sensibilität für thermische und Schmerzeindrücke viel beträchtlicher war, als die der tactilen. Die Sphincteren erwiesen sich leidlich sufficient, jedoch muss Pat. bei Wahrnehmung eines Bedürfnisses rasch den Abort aufsuchen, da sonst ein unfreiwilliger Abgang erfolgt. Patient wurde nach 14 Tagen ohne weitere Besserung entlassen.

Epikrise: Die Diagnose einer primären Hämatomyelie erscheint berechtigt, insoferne spontan bei einem bisher Gesunden, unter initialem heftigem Schmerz, äusserst rasch eine schlaffe Lähmung auftritt, die als spinale im weiteren Verlaufe durch Functionsstörung spinaler Centren (Schliessmuskeln von Blase, Rectum) und Muskelatrophie sich erweist. Der Entstehungsort der Blutung mag ungefähr die Höhe des ersten Lumbarnervensegments gewesen sein. Der initiale Schmerz erklärt sich wohl aus dem traumatischen Reiz des Extravasats auf sensible Wurzelbahnen. Mit der Ausbreitung der Blutung auf dem Querschnitt und der Länge nach (Röhrenblutung?) entwickelt sich eine Monoplegia cruralis, zugleich mit Sphincterenlähmung und Anästhesie.

Diese motorischen und sensiblen Symptome sind grösstentheils Shokerscheinungen. Ein Theil derselben ist jedoch dauernde Ausfallserscheinung. Dies gilt für die Lähmung im Bereich der Gesässmuskeln (Lendennerv 1—3) und der Muskeln des Fusses und der Zehen (Sacral,

1—2) einschliesslich des M. tibialis (L. 8) und für die Störung der Sensibilität.

Die schlaffe Lähmung, die Muskelatrophie, der elektrische Befund sprechen für eine organische dauernde Veränderung der betreffenden Nervenkerne im Vorderhorn der linken Rückenmarkshälfte, mit theilweiser Schonung der für Ileopsoas, Adductoren, Extensores et Flexores cruris bestimmten Centren und Bahnen.

Daraus erklärt sich auch die Störung in den in gleicher Höhe liegenden spinalen Centren (Blase, Rectum) und das Fehlen des Achillesreflexes, während der patellare erhalten ist. Die sensible Bahn (wahrscheinlich Hinterhorn, wegen der vorwaltenden Schädigung der Schmerzempfindlichkeit und cutaner trophischer Störungen) ist nur in geringem Masse geschädigt.

II. Elise B., 28 J., ledig, Fabrikarbeiterin, wurde am 28. Jänner 1889 in der Grazer Nervenklinik aufgenommen.

Aus gesunder Familie, früher gesund, nie hysterisch gewesen, mit 15 Jahren menstruirt, hatte sie in der Folge die Menses immer regelmässig und ohne Beschwerden gehabt und drei normale Geburten überstanden, die letzte vor $1\frac{1}{2}$ Jahren. Am 28. Jänner Morgens hob Pat. in der Fabrik einen schweren Maschinenbestandtheil in die Höhe. Sie strengte sich dabei sehr an und fühlte noch während des Hebens plötzlich einen sehr heftigen, gürtelartigen Schmerz in der Höhe des Epigastriums. Bald darauf stellte sich intensiver, brennender Schmerz im unteren Drittel des l. Unterschenkels ein, der sich aufwärts bis zur Hüfte erstreckte.

Sofort hatte sie ein Gefühl von Schwäche und Eiseskälte im l. Bein und fiel zu Boden. Man kam ihr zu Hilfe, rieb ihr das l. Bein, wobei sie bemerkte, dass sie in diesem kein Gefühl mehr hatte.

Vom Momente des Hebens der Last bis zum Hinstürzen sollen etwa vier Minuten vergangen sein.

Pat. hatte sich die letzten Tage ganz wohl gefühlt, obwohl sie gerade die Menses hatte. Am 28. war der vierte Tag der Menses. Diese waren nur mehr schwach und am Abend des 28. beendigt. Pat. vermochte tagsüber das l. Bein nicht zu bewegen, konnte erst Abends wieder Urin lassen und empfand Ameisenlaufen am l. Bein.

Stat. praes.: Pat. mittelgross, mittelkräftig, mässig genährt, anämisch. Von Seiten der Gehirnnerven kein Befund. Pupillen mittelweit, gleich, prompt reagirend. Temperatur normal, Puls 72. Die vegetativen Organe ohne Störung. Die Wirbelsäule ist weder anatomisch verändert noch druckempfindlich. Die OE. lassen keine Functionsstörung erkennen.

Die l. UE. zeigt herabgesetzte grobe Muskelkraft und verlangsamte Bewegungen, jedoch sind alle Einzelbewegungen ausführbar. Der Muskeltonus ist nicht herabgesetzt. Der Patellarsehnenreflex ist sehr deutlich vorhanden. Kein Achillesreflex. Der epigastrische und der Bauchdeckenreflex fehlen rechterseits (l. prompt auslösbar). Der Plantarreflex fehlt. Keine vasomotorischen Störungen. Temperatur r. und l. gleich.

Die cutane Sensibilität ist in der ganzen l. UE. mit Einschluss der Glutäalgegend und mit Ausschluss der Innenseite des Oberschenkels, woselbst nur Herabsetzung besteht, für alle Qualitäten der Empfindung aufgehoben. Die Muskulatur, sowie die Nervenstämme sind bei Druck schmerzhaft. Im ganzen Gebiet der Sensibilitätsstörung besteht Parästhesie im Sinne von Kriebeln. Passive Bewegungen werden in allen Gelenken, mit Ausnahme der Zehengelenke, wahrgenommen. Das Bewusstsein der Lage der Extremität ist nicht gestört.

An der r. UE. lassen sich keine Functionsstörungen nachweisen. Der Plantarreflex ist hier vorhanden, jedoch schwach.

30. Januar. Stat. idem bis auf Steigerung des Patellarreflexes beiderseits, so dass selbst Percussion der nach abwärts gedrängten Patella den Reflex auslöst. Die Grenze der Anästhesie der l. UE. ist vorn und hinten die Höhe des Beckenrings. Sphincteren functioniren gut.

Gestern durch zwei Stunden schmerzhaftes Druckgefühl in der Höhe des Epigastriums.

31. Januar. Allgemeinbefinden gut. Keine Fieberbewegungen. Die grobe Muskelkraft in l. UE. nur noch minimal herabgesetzt. Die Sensibilität an der inneren Oberschenkelfläche ist wiederhergestellt, sonst überall noch tief gestört.

Heute zweimal sehr schmerzhafte Waden- und Zehenkrämpfe in l. UE. (Morphiuminjection 0.01).

1. Februar. Die Sensibilität kehrt in der l. UE. wieder, aber alle Reize werden viel schwächer empfunden als r.

2. Februar. Heute ausstrahlende Schmerzen in der l. UE. und dreimal Wadenkrampf, der auch in der r. UE., und daselbst sogar stärker als links, auftritt. Die grobe Muskelkraft in der l. UE. ist nahezu hergestellt. Die Anästhesie beschränkt sich nur mehr auf die Aussenseite der Planta pedis. Der Bauchdeckenreflex ist r. wieder vorhanden, jedoch schwächer als l., der epigastrische fehlt, ebenso der Achillesreflex beiderseits und der plantare links. Der Patellarreflex ist beiderseits gleich und noch gesteigert.

4. Februar. Unter Morphiuminjection (0.01 täglich) keine Schmerzen und Krämpfe mehr. Die Sensibilität nur mehr im Gebiete des l. Plantaris ext. herabgesetzt und zwar für alle Qualitäten. Wiederkehr des plantaren Reflexes links.

10. Februar. Ungestörte Reconvalescenz. Pat. fühlt sich gesund und dringt auf Entlassung, die mit Rücksicht auf die Gefahr einer möglichen reactiven Myelitis nicht bewilligt werden kann.

14. Februar. Sensibilitätsausfall an der l. Planta nur noch minimal. Patellarreflex beiderseits noch etwas gesteigert, l. mehr als r. Pat. geht ohne Beschwerde herum.

18. Februar. Menses. Dieselben verlaufen ohne alle Beschwerde. Keine Sensibilitätsstörung mehr. Normale Motilität, Farado- und Galvanocontractilität an beiden UE. Patellarreflex nähert sich der Norm. Keine vasomotorischen Störungen der UE.

Pat. wird am 27. Februar 1889 genesen entlassen. Als einzige Abnormität ist bei der Entlassung das Fehlen des rechten epigastrischen Reflexes zu verzeichnen. Die Behandlung bestand in 0.5 extr. Secal. cornut. aquos. und 0.05 extr. Belladonn. pro die, schwacher Galvanisation der Wirbelsäule vom 2. Februar ab und Bettruhe bis zum 10. Februar.

Epikrise: Die vorstehende Beobachtung bildet eine Analogie zu der vorhergehenden, insofern ebenfalls unter initialem Schmerz sofort Lähmung und Anästhesie des linken Beines auftreten und zwar bei einer bisher ganz gesunden Persönlichkeit. Sie liefert aber im weiteren Verlaufe ein anderes klinisches Bild, insofern, offenbar auf Grund verschiedener Localisation, die Symptome grösstentheils Shokwirkung sind und indirect ausgelöst, sich rasch wieder ausglichen. Dies gilt speciell für die Lähmung der Extremität und für die des Detrusor vesicae.

Der initiale Gürtelschmerz deutet als excentrische Erscheinung den Entstehungsort der Blutung in der Höhe des fünften bis siebenten Dorsalnervenursprungs an. Mit überhandnehmender und nach unten sich senkender Blutung kommt es zur Lähmung, Anästhesie und (durch Reizung vasomotorischer Bahnen?) zu paralgischem Gefühl von Eiseskälte.

Die sensible Störung wurde bei der klinischen Demonstration (30. 1.) als möglicherweise directe (Röhrenblutung in an das linke Hinterhorn angrenzenden Partien der Hinterseitenstränge oder beim Hinterhorn selbst) angesprochen. Die letztere Möglichkeit musste entfallen, da trophische Störungen der Haut im Verlauf ausblieben. Schmerzen und Wadenkrämpfe, die später auftraten, wurden als Rei-

symptom angesprochen, der Krampf als wahrscheinlich reflectorisch bedingt, da er zugleich mit dem Schmerz einsetzte und verschwand.

Der Ausfall der allmählich wiederkehrenden cutanen Reflexe konnte nur als Shokerscheinung gedeutet werden. Die ziemlich rasche und vollständige Ausgleichung der sensiblen Ausfallserscheinungen sprach zu Gunsten einer nicht bedeutenden und auf den linken Hinterseitenstrang beschränkten Blutung. Damit erklärt es sich auch zum Theile, dass Pat. der Gefahr einer reactiven Myelitis entging.

Errata.

Seite 8, Zeile 13 v. oben lies: 71 statt 91.
„ 19. „ 5 v. unten lies: „wäre es denkbar“ statt „würde es sich erklären“

Druck von C. Grumbach in Leipzig.

ARBEITEN AUS DEM GESAMMTGEBIET
DER PSYCHIATRIE UND NEUROPATHOLOGIE.

III. Heft.



ARBEITEN AUS DEM GESAMMTGEBIET

DER

PSYCHIATRIE UND NEUROPATHOLOGIE

VON

R. v. KRAFFT-EBING.

III. HEFT.



LEIPZIG
JOHANN AMBROSIUS BARTH
1898.



Inhalt.

	Seite
1. Zur Aetiologie der Paralysis agitans	3
Anhang: Die vorzeitige Paralysis agitans	12
2. Ueber Dämmer- und Traumzustände	20
Erster Aufsatz (1875)	23
Zweiter Aufsatz (1877)	47
Dritter Aufsatz (1898)	69
a) Einleitung	69
b) epileptische Dämmer- und Traumzustände	71
c) neurasthenische Dämmer- und Traumzustände	80
d) hysterische Dämmer- und Traumzustände	85
e) alkoholische Dämmer- und Traumzustände	95
3. Ueber typische Delirien bei Epileptikern	99
4. Ueber idiopathisches periodisch wiederkehrendes Irresein in Form von Delirium	117
5. Epileptische Psychosen	141
6. Zur chirurgischen Behandlung der Epilepsie	177
7. Ueber Ecmnesie	193
8. Ueber retrograde allgemeine Amnesie	215
9. Meineid. Hysterismus. Behauptete Amnesie und Unzurechnungsfähigkeit	227
10. Hysteria gravis. Castration. Dauernde Genesung	237



I.

ZUR AETIOLOGIE DER PARALYSIS AGITANS.



Zur Aetiologie der Paralysis agitans.

Zu den räthselhaftesten Erscheinungsbildern gestörter Nervenfunction gehört jedenfalls die von Parkinson als „shaking palsy“ zuerst beschriebene und nach ihm benannte Erkrankung des centralen Nervensystems.

Trotz häufiger Gelegenheit zur Beobachtung des Leidens, lässt seine Aetiologie, seine Lokalisation, die Deutung gewonnener pathologisch-anatomischer Befunde und die Erklärung der Symptome noch ausserordentlich viel zu wünschen übrig.

Man hat die Paralysis agitans bisher für ein Nervenleiden ohne pathologisch-anatomischen Befund (Neurose) gehalten.

Die neueste microscopische Forschung (Borgherini, Koller, Ketscher, Redlich u. A.) hat bei einer grösseren Zahl von in P. a. Verstorbenen Befunde im Rückenmark erwiesen, denen eine klinische Bedeutung nicht abgesprochen werden kann und die jedenfalls geeignet sind, zur Klarstellung des Sitzes der Erkrankung und zur Erklärung ihrer Symptome den Weg zu ebnen.

Es handelt sich um den Nachweis perivasculärer Sklerose in verschiedenen Abschnitten und Systemen des Rückenmarks, ganz besonders in der Cervical- und Lumbalanschwellung und zwar vorwiegend in den HS und der PySSbahn, stellenweise auch in den KlHSS und dem Gowers'schen Bündel. Ausserdem findet man mässige Pigmentatrophie der Ganglienzellen der VH und der Clarke'schen Säulen.

Es ist von den genannten Forschern erwiesen, dass die sklerotischen Veränderungen von den Gefässwänden ausgehen und dass den Anstoss dazu atheromatöse (senile) Erkrankung der Gefässe giebt.

Damit ergeben sich Analogien und Beziehungen zu einer zweifellos

1*

in sklerotischen Veränderungen in den SS, speciell den PySS begründeten senilen Rückenmarkserkrankung, die Demange 1885 zuerst unter dem jedenfalls nicht glücklich gewählten Namen einer „Contracture tabétique progressive" beschrieben hat.

Dieses Leiden äussert sich in einem eigenthümlichen Rigor bis zur Contractur der Muskeln, zugleich mit Schwäche derselben, ganz besonders in den UE., sodass ein paraparetischer, mehr oder weniger spastischer, in den Knieen einsinkender Gang resultirt.

Diese Symptome finden sich auch in dem Erscheinungsbild vorgeschrittener Paralysis agitans und sind wohl auf die anatomischen Veränderungen in den PySS beziehbar.

Die bisher bei P. agitans gewonnenen anatomischen Befunde sind schon deshalb nicht von der Hand zu weisen, weil sie insofern sich mit den klinischen Symptomen decken, als dieselben qua Rigor und Muskelschwäche — der eigenthümliche Tremor kann hier ja fehlen und scheint functionelles Symptom zu sein — eine directe oder indirecte Affection der PySSbahn andeuten. Diese Annahme findet eine gewichtige Stütze in der von mir regelmässig bei P. agitans gefundenen erheblichen Steigerung der tiefen Reflexe im Gebiet der von P. a. heimgesuchten Extremitäten.

Der Werth der anatomischen Befunde im Sinne einer perivasculären Sklerose wird aber andererseits dadurch geschmälert, dass, soweit diese auf (senile) atheromatöse Erkrankung der Gefässe zurückgeführt wird, allerdings seltene Fälle von P. agitans in jugendlichem Alter vorkommen, dass auch bei alten von dieser Krankheit heimgesuchten Individuen Erscheinungen von Atherose nicht immer und jedenfalls nicht in correlatem Verhältniss zur Krankheit nachweisbar sind, dass die P. agitans im höheren Greisenalter, etwa vom 65. Lebensjahr ab, immer seltener wird und dass die gefundenen Veränderungen im Sinne einer perivasculären Sklerose im senilen Rückenmark, auch ohne begleitende P. agitans, ganz gewöhnliche Befunde sind.

Aus diesen Gründen wird man die Krankheit nicht mit einer perivasculären spinalen Sklerose identificiren dürfen, sondern den anatomischen Veränderungen nur die Bedeutung einer erworbenen Disposition zuerkennen können, die, auf Grund einer besonderen biologischen Phase und durch das Hinzutreten von Gelegenheitsursachen, die Entstehung der Krankheit vermittelt.

Wie aus den folgenden Untersuchungen hervorgehen wird, spielen als veranlassende Ursachen psychisches und mechanisches Trauma eine hervorragende Rolle. Daran schliessen sich durch eine schwere körperliche Erkrankung vermittelte allgemeine Ernährungsstörungen an.

Wahrscheinlich kann der klimacterische Process die gleiche Bedeutung gewinnen.

Die Entstehung der P. agitans liesse sich somit in der Weise erklären, dass man annimmt, bei einem durch perivasculäre sklerotische Rückenmarksveränderungen anatomisch nicht integren, dadurch disponirten, zudem in einer besonderen biologischen Phase befindlichen Individuum wird durch eine accessorische Schädlichkeit eine Störung der Function gewisser Rückenmarksgebiete hervorgerufen, die durch Fortdauer der Noxe, anatomische Läsion des getroffenen Nervengebiets u. a. in ihrem Wesen noch dunkle Factoren nicht mehr zur Ausgleichung gelangen kann.

Die Annahme, dass die Symptome der P. a. wesentlich functionelle sind und dass diese Krankheit als eine Neurose zu betrachten ist, scheint mir vorläufig noch als eine berechtigte.

Bevor das Studium der Aetiologie derselben unternommen wird, möge die Frage nach dem Vorkommen und der Häufigkeit dieser Krankheit eine Erörterung finden.

Charcot (leçons I p. 156) machte die Mittheilung, dass unter den in der Salpêtrière behandelten Krankheiten die P. a. an 5. Stelle bezüglich ihrer Häufigkeit erscheine und neben der Tabes rangire.

Er berichtet Mittheilungen Brown-Sequard's, dass die Krankheit in England und Nordamerika besonders häufig vorkomme. Aus einem statistischen Bericht von Sander geht hervor, dass von 1855—63 durchschnittlich jährlich 14 Männer und 8 Weiber in England der P. a. erlagen. Berger zählte unter 6000 Nervenkranken 37 mit P. agitans.

Besser illustrirt die Häufigkeit dieser Krankheit eine Berechnung von Eulenburg (Realencyclop. 2. Aufl. XV. p. 176), der von 8900 in der Nervenpoliklinik behandelten Kranken 32 (0,36 %), von 1524 in der Privatpraxis behandelten 14 (0,9 %), in Summa unter 10424 Nervenkranken 46 Fälle von P. a. (0,44 %) fand. Er hält diese Krankheit für 3—4mal seltener als Tabes, für 5mal seltener als Chorea.

Ich selbst habe in Wien in den letzten 6 Jahren im Nervenambulatorium unter 27000 Fällen 53, in der Privatpraxis unter 7000 Fällen 24 mit Par. ag. gefunden, also unter 34000 77 Fälle (0,227). Diese Ziffern sind erheblich niedriger als die von Eulenburg und lassen vermuthen, dass Morbiditätsunterschiede in den verschiedenen Ländern bestehen.

Die folgenden Untersuchungen über die Aetiologie der P. agitans stützen sich auf eine Centurie von Fällen, die ich im Laufe der letzten 9 Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte und bei denen das Hauptaugenmerk auf die Ursachen der Erkrankung gerichtet war. Es liess sich hoffen, dass eine so grosse Zahl von Fällen zur Klärung ätiologischer Fragen Erhebliches werde beitragen können. Diese Erwartung hat sich aber nicht in vollem Umfang bestätigt. In einer Reihe von Fällen blieben die jedenfalls endogenen Ursachen der Krankheit verschleiert. Im Grossen und Ganzen bestätigen meine Erfahrungen die von Anderen bereits gewonnenen. Am nächsten kommen meine Resultate denen von Gowers.

Von meinen 100 Fällen von P. agitans betrafen 60 Männer, 40 Weiber.

Den gebildeten Ständen gehörten an unter den Männern 29, dem Handwerkerstand 31. Die entsprechenden Zahlen für die weiblichen Fälle waren 9 und 31. Die Gesammtzahl der Patienten aus höherem Stand war somit 38, aus niederem 62.

Höchst auffällig war die Morbidität je nach dem Religionsbekenntniss. Von den 100 Fällen waren 97 österr.-ungarische Landesangehörige. Der christlichen Confession gehörten an 65, der mosaischen 32. Zur Zeit der Aufnahme meiner Fälle betrug die Anzahl der Israeliten in der österr.-ungar. Monarchie 4 % der Bevölkerung. Die Morbidität der letzteren überragte somit die der christlichen Bewohner um etwa das 8fache, ein weiterer Beweis zu dem von Minor erbrachten bezüglich der viel grösseren Morbidität der Israeliten im Gebiet der Nervenkrankheiten.

Bezüglich des Alters zur Zeit der Erkrankung ergeben sich folgende Zahlenverhältnisse:

Alter bei der Erkrankung.

	Männer	Weiber
27—30 Jahre	1	1
31—35 „	—	1
36—40 „	2	2
41—45 „	6	6
46—50 „	8	6
51—55 „	13	9
56—60 „	14	8
61—65 „	9	5
66—70 „	6	1
71—75 „	1	1
	60	40.

Die vorstehende Tabelle bestätigt die grosse Seltenheit der Krankheit in jüngeren Jahren sowie im Greisenalter, endlich die grosse relative Morbidität vom 41. bis zum 65. Lebensjahr. Der grösste Procentsatz fällt in das 5. Decennium bei beiden Geschlechtern. Es mag dies damit zusammenhängen, dass diese Lebenszeit die biologische Phase des Change of life, der sich geltend machenden Involutionsvorgänge im Organismus ist. Bei den weiblichen Fällen setzt die Krankheit früher ein und sinkt die Morbidität früher ab als bei den männlichen. Es lässt sich dies wohl dahin deuten, dass die P. a. eine mächtige Disposition in den Involutionsvorgängen des Organismus findet und dass diese früher und eingreifender beim Weibe als beim Manne sich zu vollziehen pflegen. Ganz besonders ergeben sich solche Gesichtspunkte, wenn man die in meiner Statistik verwertheten, nach dem 60. Lebensjahr aufgetretenen quasi tardiven Fälle auf ihre biologischen Besonderheiten untersucht. Da zeigt sich bei beiden Geschlechtern auch tardives Eintreten der Involution, was sich bei den weiblichen Fällen deutlich in einer Hinausschiebung der Menopause ausspricht.

Auch Eulenburg findet die Zeit der grössten Morbidität vom 45.—65., Ordenstein vom 40.—50., Gowers vom 50.—60. Jahr, unter ausdrücklicher Betonung der Thatsache, dass die Krankheit wesentlich eine solche der regressiven Lebensperiode, nicht aber des hohen Greisenalters ist.

Veranlagende Ursachen.

Hereditäre oder familiale Belastung. Von meinen 40 weiblichen Fällen war bei 35, von den 60 Männern bei 56 die Ascendenz ermittelbar.

Unter den 35 Weibern fanden sich nur bei 5 Nerven- oder Hirnkrankheiten in der Ascendenz oder Blutsverwandtschaft, unter den 60 Männern nur bei 4 Fällen und darunter nur bei einem gleichförmige familiale hereditäre Beziehungen (P. agitans bei der Mutterschwester).

Eulenburg fand unter seinen 46 Fällen mindestens 3 von familialer Belastung. Berger hat den Nachweis erbracht, dass es Fälle von familialem Vorkommen der Krankheit gibt. Er, gleichwie Gowers nahmen hereditäre Beziehungen bei 15 % ihrer Fälle an. Noch grösseren Einfluss räumen der erblichen Belastung Leroux (contribut. à l'étude des causes de la p. a. Thèse de Paris 1880) und L'hirondel (antécédents et causes de la maladie de Parkinson. Thèse de Paris 1883) ein.

Angeborene nicht hereditäre Belastung. Eine solche in Gestalt neuropathischer Constitution fand sich bei meinen Fällen nur bei 2 Männern, dagegen bei 8 Frauen. Diese Ziffern differiren erheblich von Eulenburg, der circa 20 % neuropathische Belastung berechnet und von Berger, der diesen Factor auf 11.5 % beziffert.

Selbst diese Procentsätze sind nicht erheblich und dürften dem Procentsatz der Nervosität in Culturländern, insbesondere Grossstädten entsprechen. Jedenfalls ist die Annahme gerechtfertigt, dass erbliche Belastung und neuropathische Constitution bei der in Rede stehenden Krankheit eine geringfügige Rolle spielen, diese vielmehr in der Häufung erworbener Schädigungen des Nervensystems und dem Hinzutreten von zufälligen Noxen in einer bestimmten biologischen Phase ihre Begründung findet.

Erworbene Schädigungen des Nervensystems. Lues war in meinen Fällen nur bei 2 Männern anamnestisch nachweisbar, in keinem weiblichen Falle.

Potus nimius war bei 5 Männern zu verzeichnen. An chronischem Muskelrheumatismus durch refrigeratorische Schädlichkeiten hatten 4 Männer gelitten.

Surmenage, theils geistig, theils körperlich hatten verfrühtes Altern bei 5 Männern und 4 Frauen hervorgebracht. Jahrelange Kränkungen und Emotionen waren bei 2 Männern und 5 Weibern vorangegangen. Ausgesprochene Atherose zur Zeit der Erkrankung fand sich bei 7 Männern und 2 Weibern, bei den letzteren zugleich mit Senium praecox.

Im directen Anschluss an das Klimacterium erkrankten 7 Frauen.

Veranlassende Ursachen.

	Männer	Weiber
Psychisches Trauma	13	9
Mechanisches äusseres Trauma	4	1
Durchnässung	6	1
Apoplectischer Insult	2	0
Acute Krankheiten	6	4
Change of life (Klimacterium)	10	7
unbekannt	19	18

Eine hervorragende Rolle spielt in der obigen Tabelle das psychische Trauma. In den einzelnen Fällen handelte es sich um heftige psychische Erschütterungen durch plötzliche Todesgefahr,

unvorhergesehenen Tod nahestehender Personen, Schreck durch Feuersbrunst, Diebstahl, jähen Verlust des Vermögens und dgl. In der grossen Mehrzahl der Fälle begann die P. a. binnen Tagen bis Wochen nach dem Shok. Die Bedeutung des psychischen Trauma's für die Entstehung der Krankheit ist längst erkannt. Schon van Swieten erwähnte eines Mannes, der, durch einen Donnerschlag erweckt, P. a. bekam. Oppolzer beobachtete einen gleichen Fall bei einem Manne aus Schreck über eine neben diesem platzende Bombe. Drei analoge Fälle, die sich auf die Schrecken des Bombardements von Strassburg zurückführen liessen, berichtete Kohts. Hillairet konnte bei einem Mann die Entstehung des Leidens auf den Schreck zurückführen, den dieser als Augenzeuge der Ermordung seines Sohnes erfuhr.

Weitere derartige Fälle haben Hardy, Rabot, Charcot beigebracht. Der letztere Forscher stellte psychisches Trauma ätiologisch in erste Linie und machte darauf aufmerksam, dass die Krankheit fast der psychischen Commotion auf dem Fusse folgen kann.

P h y s i s c h e s T r a u m a. Dasselbe reiht sich in seiner Bedeutung direct an das psychische.

In meiner Statistik spielt dasselbe gegenüber anderen eine wohl zufällig geringere Rolle, insofern es nur in 5 Fällen auslösend wirkt.

In 4 derselben handelte es sich um Contusionen oder Distorsionen von Gelenken. In allen begann die Krankheit von der Stelle des Trauma's aus, bezw. in der betr. Extremität. Besonders bemerkenswerth war ein Fall, wo der Ausbruch, entgegen der gewöhnlichen primären Localisation in den Oberextremitäten, in der traumatisch afficirten Unterextremität erfolgte.

Sehr bezeichnend war der Fall eines Malers, der, beruflich überangestrengt und seit einiger Zeit marastisch geworden, an der Hand, mit welcher er die Palette zu halten pflegte, die Krankheit zuerst bemerkte, nachdem ihm schon längere Zeit überaus rasche Ermüdung an eben dieser Hand aufgefallen war.

Eine werthvolle Studie über die Bedeutung des physischen Trauma's für die Entstehung der Krankheit hat Dr. Walz „Die traumatische Paral. agitans" in der Vierteljahrschr. f. ger. Med. 3. Folge XII. 1896 veröffentlicht.

Sie umfasst fast alle Fälle der Literatur, darunter 5 irrthümlich für P. a. gehaltene, mit Genesung endigende und wohl dem Gebiet der Hysterie zuzuweisende, dann 10 mit nicht sicherer Diagnose oder unsicherem Trauma, 14 sichere aber unvollkommen mitgetheilte, endlich 27 genau referirte, die eine wissenschaftliche Verwerthung gestatten.

Bei diesen 27 Fällen war die Art des Trauma's allgemeine Er-

schütterung 6 mal, Verwundung (Stich, Schnitt) 7, Verbrennung 1, Erfrierung 1, Distorsion, Luxation oder Fractur 4, Contusion und dgl. 8 mal.

In 8 Fällen entwickelte sich die Krankheit sofort, in 7 nach Tagen, in 7 nach 1—4 Monaten, in 4 nach 1—4 Jahren. Der ätiologische Zusammenhang in diesen letzteren tardiven Fällen war deutlich durch „Brückensymptome" d. h. Schmerzen, Schwäche, Steifigkeit im verletzten Glied, ferner durch den Umstand, dass die Krankheit ihren Anfang in diesem nahm.

Diese Thatsache der localen Entstehung an der Stelle des ursprünglichen Trauma's ergab sich in allen Fällen von localisirter Verletzung, die zu P. a. führte. In 6 Fällen handelte es sich um Verletzung der Unterextremitäten und entsprechendem Beginne daselbst, während da wo allgemeines Trauma (Erschütterung) wirksam wurde, die Krankheit in klassischer Weise immer in einer OE. begonnen hatte.

Prädispositionen fand Verf. nur ausnahmsweise (1 mal Heredität, zuweilen Rheuma, Potus, Kummer). Bekanntlich hat sich schon Charcot mit dem Studium der traumatischen P. agitans beschäftigt. Er vermuthete als Vermittler zwischen Trauma und Krankheit Neuritis ascendens, welche Annahme Vandier u. A. nur bei besonderer (hereditärer) Veranlagung gelten lassen. Walz betont mit Recht, dass eine solche nicht unerlässlich sei, aber immerhin eine Disposition zur Erkrankung darstellen können. Jedenfalls könne eine traumatische P. a. nur auf Grund eines veränderten Nervensystems gedacht werden. Diese Veränderung kann angeboren (Heredität), sonstwie erworben (Rheuma, Potus u. s. w.) oder erst durch das Trauma hervorgerufen sein. Besonderen Werth legt Walz mit Recht auf gewisse Altersdispositionen.

Das Trauma ist erfahrungsgemäss meist geringgradig. Gowers hält den mit dem Trauma verbundenen psychischen Shok (Schreck) für das möglicherweise entscheidende Moment, eine Annahme, die aber sich nicht gut mit der mit der Stelle des Trauma's zusammenfallenden und vielfach ganz atypischen ursprünglichen Localisation der Krankheit zusammenreimen lässt. Die Arbeit von Walz enthält, abgesehen vom thatsächlichen Material, erschöpfende Literaturangaben.

An das physische Trauma lassen sich wohl die (7) Fälle meiner Statistik in Gestalt von heftiger Durchnässung, die ja auch eine Art mechanisches Trauma darstellt, anreihen, endlich die 2 Fälle von Erschütterung des Nervensystems in Gestalt eines apoplectischen Insults.

A c u t e K r a n k h e i t e n, die schwer die Gesammternährung des Körpers schädigten und mehr weniger den Beginn der regressiven

Lebensperiode inaugurirten, erscheinen ätiologisch in meiner Statistik mit 10 %.

3 mal handelte es sich um Rheumatismus articul. acut., je 1 mal um Erysipel, Enteritis, Botulismus, je 2 mal um Pneumonie und Influenza. Die Betreffenden erholten sich nicht recht von ihrer überstandenen Krankheit, alterten rasch, wurden marastisch und verfielen binnen 3 Wochen bis 4 Monaten der P. a.

Klimacterium. Bei 7 Frauen unter 40 entwickelte sich die Krankheit ohne weitere Gelegenheitsursachen im unmittelbaren Anschluss an das Klimacterium, das schon im 38.—44. Jahre sich eingestellt hatte. Nur in einem Falle bestand eine Prädisposition (Vater irrsinnig gewesen, Pat. constitutionell neurasthenisch).

Auch bei 10 Männern meiner Statistik trat die Krankheit ohne alle Gelegenheitsursachen unter Vorausgehen und in Begleitung von Involutionsvorgängen am Körper ein, die im Sinne eines „Change of life" sich deuten liessen und offenbar der Ausdruck von das Senium anbahnenden Veränderungen waren.

Jedenfalls ist man berechtigt, auch für den Mann eine klimacterische biologische Periode anzunehmen, die den Uebergang von der vollen Rüstigkeit zum beginnenden Senium darstellt und sich psychisch in Nachlass der Spann- und Thatkraft, der gemüthlichen Erregbarkeit, Neigung zu Ruhe und Beschaulichkeit, sexuell im Absinken der Libido sexualis documentirt, womit vielfach sich ein gewisses Embonpoint einstellt.

Diese Involutionszeit des männlichen Organismus ist zeitlich nicht so begrenzt, wie beim Weibe und geht nicht mit so prägnanten körperlichen Erscheinungen einher, wie bei diesem. Immerhin bieten Neigung zu Fluxionen zum Gehirn, Schwindel, anfängliche nervöse Störungen Analogien mit Dem was beim Weibe beobachtet wird.

Diese klimacterische Zeit beginnt bei den meisten Männern um das 55. Lebensjahr, bei besonders gut constituirten und geschonten erst Anfang der 60er Jahre, bei schlecht constituirten, durch geistige oder körperliche Ueberanstrengung strapazirten, durch Ausschweifungen (Alkohol) oder Krankheiten (besonders Lues) havarirten schon viel früher, etwa um das 50. Lebensjahr oder noch vorher.

In diesen letzteren Fällen ist diese Involutionszeit eine nur kurze Prodromalperiode eines Senium (praecox) mit den entsprechenden physischen (rasch überhand nehmende Atherose u. A.) und psychischen Erscheinungen.

Die sich unter solchen Bedingungen beim Manne entwickelnde Paralysis agitans scheint mit den Involutionsvorgängen im centralen

Nervensystem in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden zu müssen. Es handelt sich hier offenbar um analoge Bedingungen wie da, wo die Krankheit beim Weib sich aus dem Klimacterium heraus entwickelt und um eine Bestätigung der Ansicht von Gowers u. A., dass in der Phase der Involution oder Regression der Mensch am meisten in Gefahr steht, an P. agitans zu erkranken, während das eigentliche Greisenalter fast völlige Immunität gewährt.

Meine 10 männlichen Fälle, die ich mit Involutionsvorgängen in ursächlichen Zusammenhang zu bringen mich berechtigt glaube, waren sämmtlich hereditär und sonstwie unbelastet gewesen, aber bei einigen hatten frühere Krankheiten, besonders chronischer Rheumatismus, bei fast allen geistige oder körperliche Ueberarbeitung die Constitution untergraben und frühes Altern bewirkt. Drei darunter waren jüdische Hausierer gewesen. In einem Fall war Lues im Spiel, hatte mit 47 Jahren zum Ausbruch von Tabes geführt, zu welcher dann mit 48 Jahren sich P. agitans hinzugesellte.

Auch in den übrigen Fällen hatte diese Krankheit auffallend früh eingesetzt (1 mit 46, 1 mit 48, 1 mit 51, 2 mit 52, 1 mit 53, 3 mit 58 Jahren). Dies spricht zu Gunsten der Richtigkeit obiger Annahme.

Anhang: Die vorzeitige Paralysis agitans.

Gegenüber den vorstehenden Ermittlungen über die ätiologischen Bedingungen der P. agitans erscheint die Thatsache des Vorkommens dieser Krankheit lange vor dem Alter der Involution, jedenfalls vor dem 40. Lebensjahr, sehr bemerkenswerth und zum Studium der Ursachen herausfordernd. Hier kann nicht von prädisponirenden Bedingungen im Sinne perivasculärer Sklerose oder des Klimacteriums die Rede sein.

Versucht man, die in der Literatur und in eigener Erfahrung sich ergebenden Fälle zusammenzustellen, so ergibt sich die grosse Seltenheit wirklicher Paral. agitans, sobald man die Diagnose scharf ins Auge fasst.

Einer der bemerkenswerthesten Fälle von angeblicher infantiler Paralysis agitans ist der von Huchard (Union médicale XIX p. 76) 1875 veröffentlichte.

Beob. Junges Mädchen von 18 Jahren. Seit dem 3. Lebensjahr auf den l. Arm beschränktes, in Form schneller, regelmässiger Zuckungen von geringer Excursionsweite, wodurch die Hand beständig von rechts nach links und umgekehrt geführt wird, erfolgendes Zittern, das in der Ruhe beobachtet wird, emotionell sich steigert und im Schlafe cessirt.

Die in Rückenlage ruhigen UE. zeigen, wenn erhoben (l. > r.), kaum bemerkliche Oscillationen. Das Zittern der l. UE. war früher stärker — Pat. ging etwas schwierig und leicht hüpfend. Auch an r. OE. minimales Zittern, dito an der vorgestreckten Zunge. Kein Nystagmus; Sprache nicht gestört. Schreiben erschwert (unregelmässige Buchstaben, Zitterschrift). Beim Gehen leicht vorgebeugte Haltung. Zeitweise maskenartig starre Züge. Nirgends Rigor, keine charakteristische Handstellung. Zeitweise neuralgiforme Schmerzen, besonders in l. OE. Crampi in einzelnen Gliedern. Sensibilität intact. Pat. sehr emotiv, von geringer Intelligenz und wenig Gedächtniss. Keine hereditäre Belastung. Pat. war angeblich nie krank gewesen. Verf. lehnt natürlich multiple Sklerose und Hysterie ab und hält den Fall für einen echten von Paral. agitans.

Dass dieser Fall kein solcher ist, bedarf heutzutage keines Beweises mehr. Man ist versucht, dieses stationäre Zittern als posthemiplegische Neurose im Anschluss an eine infantile Herderkrankung (Polioencephalitis), analog einer Hemiathetose zu deuten.

Geht man der Casuistik der infantilen Fälle in der Literatur weiter nach, so findet sich, soweit sie mir zugänglich war, nirgends ein Fall, welcher die gestellte Diagnose rechtfertigte. Offenbar haben früher choreatische Bilder, namentlich posthemiplegische, Fälle von multipler Sklerose u. s. w. eine Paralysis agitans vorgetäuscht. Mit Bestimmtheit kann man, trotz Charcot, der 1875 noch die Heilbarkeit der P. a. behauptete (vgl. Dencenbeé, „Maladie de Parkinson" Paris 1880 p. 58) Fälle von angeblich geheilter P. a., ja selbst durch viele Jahre stationärer, von der Discussion ausschliessen.

In dem mir leider im Original nicht zugänglich gewesenen British med. Journal 1873 1. u. 8. März hat Jones einen Fall angeblicher P. a. bei einem 17jährigen Mädchen veröffentlicht. Die Beschreibung desselben spricht durchaus für Chorea. Auch die Behauptung des Verf., dass die Therapie bei jungen Leuten nicht hoffnungslos sei, muss zur Vorsicht in der Beurtheilung mahnen. Der von Duchenne in der Thèse de Paris Fernet's 1872 berichtete Fall, ein Mädchen von 16 Jahren betreffend, scheint mir ebenfalls nicht als P. a. zu deuten, ebensowenig der im Journal de méd. et de chirurg. pratique 1874 Sept. mitgetheilte Fall von Erkrankung eines Mädchens durch Schreck.

Bemerkenswerth ist auch ein Fall von Meschede (Virchow's Archiv 50 p. 297). Ein Junge erhielt mit 12 Jahren einen Hufschlag ins Gesicht. Leider sind nur Fragmente einer Krankheitsgeschichte mitgetheilt. (Neben P. a. artigen Erscheinungen solche von Aphasie, Zwangsbewegungen im Sinne von triebartigem Vorwärtslaufen.) Bei der Section des mit 25 Jahren Gestorbenen fand sich Sklerose und graue Degeneration im Centralnervensystem!

Unzweifelhaft werden auch manche Fälle angeblicher P. a. durch Hysterie vorgetäuscht.

Neubert, Jahrb. f. Kinderheilkunde, VIII p. 378, XI p. 435, berichtet die Geschichte eines 11 jährigen Knaben, der von einem Mitschüler in den rechten Vorderarm gebissen, an rhythmischem Schütteltremor erkrankte und davon nach 14 Monaten genas.

In der Thèse von Laroux über P. a. findet sich p. 19 ein Fall von Doss. Er betrifft ein 19 Jahre altes Mädchen, das sich einen Dorn unter einen Zehennagel einstiess, localen Zitterkrampf dann bald rechts bald links bot und nach 10 Tagen gesund wurde.

Auch bei den postpubischen, noch jugendliche Individuen betreffenden Fällen ist die gestellte Diagnose nicht immer unanfechtbar, so in einem von Leyden (Virchow's Archiv XXIX 1. 2) mitgetheilten Falle eines 24 jährigen Soldaten, bei dem ein Sarcom im linken Thalamus opt. die Ursache eines rechtsseitigen Zitterkrampfs gewesen zu sein scheint; ferner bei Fieupe (Journal de méd. et de chirurg. pratique 1874 p. 389), wo ein junges Mädchen aus Schreck über eine platzende Granate erkrankt sein soll. Fälle von Buzzard, einen 21 jährigen Mann, von Berger, ein 17 jähriges Mädchen betreffend, waren mir nicht zugänglich.

Einen Fall von Oppenheim (Charitéannalen XIV p. 145) berichtet (Mann, Sturz auf den Kopf, allgemeines Zittern, conc. Einengung des Gesichtsfelds) wurde anfangs für P. a. gehalten, aber vom Verf. später als „Pseudoparalysis" (wohl hysterische traumatische Neurose) selbst erklärt.

Analog dürfte wohl auch ein Fall von Ewald (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1894 p. 216) zu deuten sein (Telephonistin. Nach heftigem elektrischem Schlag bewusstlos, dann rechts Hemiplegie und Entwicklung von Zittern, wie bei P. agitans); ferner ein Fall von Heimann (Die Paral. agit. Fall 20): Mann 54 Jahre. Hat vor 20 Jahren ein Trauma capitis erlitten, bot seither Erscheinungen sog. traumatischer Neurose und ein P. agitans ähnliches Zittern, das aber durch psychischen Einfluss sehr modificirt und sogar zum Sistiren gebracht werden konnte.

Ein älterer Fall von Volz (Heidelberger Annalen XII 2) betrifft ein 20 jähriges Fräulein mit Schüttelkrampf des Kopfes, der Genesung fand und nur als hysterisch gedeutet werden kann.

Es wäre jedenfalls eine dankenswerthe Aufgabe, wenn Jemand sich der Mühe unterziehen wollte, alle Fälle von infantiler und überhaupt vorzeitiger P. agitans auf ihre Berechtigung zu prüfen. Wahrscheinlich würde sich dann ergeben, dass in den 2 ersten Lebensdecennien die Krankheit gar nicht existirt.

Von welcher Lebenszeit ab man auf ihr Vorkommen gefasst sein muss, dürfte einstweilen offene Frage bleiben. In unanfechtbaren Fällen (z. B. von L'hirondel, Siotis, Béchet u. A.) spielen mechanische Traumen offenbar eine hervorragende Rolle. Die betreffenden Patienten erkrankten mit 37, 38, 37 Jahren. In einem Falle Westphal's (Charité-annalen IV p. 105) weiterbeobachtet von Heimann (Paralysis agitans, Berlin 1888. Beob. 12) erkrankte ein Mann mit 33 Jahren angeblich nach einer heftigen Verkühlung, in einem anderen Fall, den Heimann berichtet (Beob. 15), war die muthmassliche auslösende Ursache der Krankheit bei dem 33 Jahre alten Mann das angestrengte Halten einer Elektrode in der linken Hand bei Selbstfaradisation wegen Facialislähmung. Diese beiden sind die einzigen Fälle vor dem 40. Jahr innerhalb einer Casuistik von 19 Fällen. Ordenstein fand 1868 unter 20 Fällen von P. agitans 6, die vom 30.—40. Jahr entstanden waren. In der Arbeit von Walz über traumatische P. agitans finden sich unter 27 Beobachtungen nur 3 als vor dem 40. Jahr entstandene.

Gowers fand von seinen Fällen nur den neunten Theil im Alter von 30—40 Jahren erkrankt. Die folgenden vorzeitigen 7 Fälle aus meinem Beobachtungskreise sind die einzigen unter 131 sicheren Fällen von P. agitans. Sie repräsentiren die gewöhnliche Aetiologie der spätzeitigen Fälle. Eine besondere Veranlagung muss Angesichts solcher Beobachtungen zugestanden werden. Ihr Wesen ist aber ganz dunkel. Dass die Krankheit vor dem 40. Jahr auftreten kann, muss ohne Weiteres zugegeben werden, aber es bedarf jedenfalls sorgfältiger Diagnose im Einzelfall, um ihn als vollwerthig anzuerkennen.

Beob. 1. P., 32 J., verh., Geschäftsmann, israelit. Confession, aus gesunder Familie, von Krankheiten verschont, bis auf Typhus mit 10 Jahren, nie schweren Erkältungen oder Strapazen ausgesetzt, erkrankte im Mai 1892 (mit 30 Jahren) mitten aus voller Gesundheit an Paralysis agitans.

Als einzige Ursache sind schwere Gemüthsbewegungen eruirbar. Pat. hatte in Folge verschiedener Umstände bis 1891 seiner Militärpflicht nicht genügt.

Im Herbst 1891 sollte er assentirt werden. Diese Aussicht emotionirte ihn ausserordentlich. In grösster Angst und Erregung brachte er mehrere Monate zu. Dazu kam ein ungerechtfertigter Verdacht eines versuchten Betruges und die Gefahr einer drohenden Verhaftung.

Er wurde schuldlos erkannt, auch nicht assentirt, aber der Schreck lag ihm, wie er sagt, noch Monate lang in den Gliedern.

Im Mai 1892 begann Zittern und Schwäche in der r. Hand. Dieses

Zittern war grosswellig, in der Art des Pillendrehens, emotionell sehr gesteigert, bei psychischer Ruhe kaum wahrnehmbar, im Schlafe cessirend. Er konnte nicht mehr schreiben, auch wurde die r. Hand schwach.

Im August 1892 stellten sich Zittern und Schwäche auch im r. Fuss ein. Im März 1894 gesellte sich Tremor capitis hinzu, auch fand Pat., dass sein Sprachmechanismus schwerer ansprach.

Stat. praes. 24. 9. 1894.

Mittelgrosser, graciler Mann, Vater von 2 gesunden Kindern. Schädel normal, keine Degenerationszeichen. Augenbewegungen frei, Visus normal, Augenspiegelung ohne Befund, Pupillen normal, kein Nystagmus, Psyche unbetheiligt. Miene leicht starr. Bei mimischen Bewegungen wird die r. Gesichtshälfte weniger und später innervirt als die linke.

Auch in der Ruhe besteht leichtes Zittern des Kopfes in der verticalen Ebene.

Die r. Oberextremität ist im Ellbogengelenk gebeugt, die r. Hand in klassischer Stellung, die Bewegungen der r. Fingergelenke sind etwas gehemmt, schwerfällig. Tremor besteht nur in Ruhe, intendirte Bewegungen machen ihn momentan verschwinden. Die tiefen Reflexe sind in der r. OE. stark gesteigert, die grobe Muskelkraft ist etwas herabgesetzt, Sensibilität normal. An der l. OE., ausser Steigerung der tiefen Reflexe und beginnender klassischer Handstellung, nichts Abnormes. An der r. UE. Amyosthenie, leichter Tremor in Ruhestellung, beim Gehen leichtes Anstreifen des r. Fusses, Fussklonus, sehr gesteigerter Patellarreflex, kein Rigor, normale Sensibilität.

An der l. UE. ist, ausser gesteigertem Patellarreflex, nichts Pathologisches nachzuweisen. Der Oberkörper ist leicht vorwärts geneigt. Andeutung von Retropulsion. Leichte Bradyphasie. Keine Hitzegefühle, kein vermehrtes Schwitzen. Psyche unbetheiligt, vegetative Functionen normal.

Ein neuerlicher Stat. praes. vom 18. 6. 1896 ergab folgenden Befund:

Klassische Haltung des Gesammtkörpers (Ueberhängen nach vorn, Kinn der Brust genähert, OE. an den Thorax gepresst, im Ellbogengelenk gebeugt, klassische Handstellung, Kniee eingesunken, kurze trippelnde Schritte, Füsse am Boden scharrend, Steifigkeit und geringe Beweglichkeit in den Gelenken).

Seit Ende 1894 Zittern auch in l. OE., bald darauf in l. UE. Seither auch bilateraler Rigor, rasche Ermüdung, allgemeine Amyosthenie, abnorme Hitzegefühle, profuses Schwitzen.

Im Juni 1896 Miene vollkommen starr, schwer ansprechsfähig. Allgemeiner Tremor, gelegentlich auch in der Unterlippe; Rigor, tiefe Reflexe allenthalben sehr gesteigert, beiderseits Fussklonus. Klagen über erschwertes Ansprechen der Zunge, aber objectiv nur zeitweise und geringfügige Bradyphasie. Gefahr, beständig den Schwerpunkt nach vorne zu verlieren, keine Propulsion, wohl aber deutliche Retropulsion. Grosse Schwierigkeit der Drehung um die Längsaxe in liegender Position. Psyche intact.

Beob. 2. Dr. Z., Arzt, 46 J. alt, consultirte mich im August 1887 wegen eines Nervenleidens, das von einem hervorragenden Arzt für einen Tumor cerebri gehalten worden sei.

Pat. ist unbelastet, hat keine schweren Krankheiten überstanden, aber viel mit Sorgen zu kämpfen gehabt und sich in seiner bescheidenen Praxis viel geplagt.

Vor 7 Jahren (im 39. Lebensjahr) stellte sich ohne eruirbare Ursache ein Schwächegefühl in der r. Hand ein, wozu sich nach einigen Monaten Rigor der r. OE. gesellte. Vor 4 Jahren trat ein grosswelliger, vorwiegend in der Ruhe wahrzunehmender, langsam schlägiger Tremor in dieser Extremität hinzu, während Schwäche und Rigor sich steigerten.

Seit 8 Monaten, im Anschluss an Gemüthsbewegungen, hatten sich Rigor und Schwäche nebst Zittern auch in der r. UE. und seit 2 Monaten auch in der l. OE. hinzugesellt.

Der Stat. praes. ergab das klassische Bild einer P. agitans-Schwäche, erschwerte Ansprechsfähigkeit, Tremor der ergriffenen Extremitäten, beginnender Tremor capitis, erschwertes Umdrehen, abnorme Hitzegefühle, gesteigerte tiefe Reflexe.

Beob. 3. R., Marie, 40 J., Arbeiterfrau, aufg. 15. 6. 1892, stammt aus gesunder Familie, behauptet früher gesund gewesen zu sein. Sie hat hydrocephalen Schädel, hat 6 gesunde Kinder geboren, Anfang 1889 einen uncomplicirten Abortus durchgemacht. Grosser Blutverlust. Einige Wochen darnach begann Schwäche, dann Zittern in der l. OE., bald darauf auch der l. UE. Seit Anfang 1890 verspürt sie auch Schwäche und Zittern in r. OE.

Bei Aufnahme des Stat. praes. rüstige Frau, keine Spuren von Atherose. Linksseitige klassische Schüttellähmung. Tremor bei Intention vorübergehend ganz schwindend. Erhebliche Herabsetzung der groben Muskelkraft in den befallenen Extremitäten. Keine Rigidität. Anstreifen der l. UE. beim Gehen. Tiefe Reflexe an OE. und UE. sehr prompt. Behandlung erfolglos.

Im Sommer 1892 stellt sich Rigor ein, beginnende typische Handstellung und Vorbeugung des Rumpfes. R. UE. noch intact.

Beob. 4. Dr. V., 43 J., Advokat, unbelastet, nie schwer krank gewesen, Vater von 5 gesunden Kindern, ist seit seinem 40. Jahre nervenleidend. Die bezüglichen Diagnosen lauten theils auf Neurasthenie, theils auf Sklerose des Halsmarks.

Den Anlass zur Erkrankung gab die Wasserkatastrophe von Szegedin, bei welcher Pat. schweren Gemüthsbewegungen und Verkühlung ausgesetzt gewesen war. Das Leiden begann mit Schwäche und Zittern der r. Hand und zeitweisem Versagen der Stimme, anfänglich nur anlässlich Emotion. Als ich Pat. nach über 3jähriger Dauer seines Leidens consultativ sah, constatirte ich an der r. Hand klassische Stellung derselben, groben, langsamen Schütteltremor, besonders in Ruhestellung, Abnahme der groben Muskelkraft, charakteristische Schreibstörung, fehlenden Rigor. An den anderen Extremitäten keine Functionsstörungen. Hirnnerven intact. Tiefe Reflexe sehr lebhaft.

Beob. 5. S., Marie, 39 J., ledig, unbelastet, hat keine schweren Krankheiten durchgemacht. Als Ursache ihres Leidens weiss sie nur Ueberanstrengung als Verkäuferin in einem feuchtkalten Local anzugeben.

In ihrem 36. Jahre begann Schüttellähmung in der l. Hand; mit 38 Jahren wurde die l. UE. ergriffen, vor $^{3}/_{4}$ Jahren stellte sich Rigor ein. Der Stat. praes. ergab charakteristischen Befund in l. OE. und UE., Rigor nur zeitweise. Das Zittern schwindet gänzlich bei Intention, die r. Körperhälfte und das Gesicht sind bisher intact. Die tiefen Reflexe sind erhöht. Keine Zeichen von Gefässerkrankung. Pat. ihrem Alter entsprechend gut conservirt.

Beob. 6. S. R., Private, 30 J., ledig, stammt von schwächlichen Eltern (Mutter lungenkrank, Vater viel an Cephalaea leidend). Eine Schwester leidet an Cephalaea, eine zweite ist hysterisch, 5 weitere Geschwister sind neuropathisch. Pat. war bis zum 20. Jahre nicht nervös, ganz gesund. Von da ab viel Familiensorgen und Kummer und wohl damit in Zusammenhang, nervöse Erregtheit und Cephalaea. 1891 Influenza. Seither sehr matt und nervös. 1892 beginnt Zittern und Schwäche, zuerst in l. Hand, dann l. Fuss.

Dann nach einem halben Jahre Rigor und Schwäche der l. OE. Anfang 1895 beginnt Schwäche, Zittern, Rigor in r. Hand; im Sommer 1895 dasselbe im r. Bein. Seither „Ziehen“ nach vorwärts, in Schuss gerathen und Gefahr des Stürzens nach vorne, Hitzegefühl in Händen und Rücken.

Stat. 19. 11. 1896. Kleine, aber gut genährte Person, ohne vegetative Störungen. Gefässe zart. Beginnende typische Stellung der Hände und Arme. Verlangsamtes schwerfälliges Gehen, bei steifem und etwas am Boden scharrendem l. Bein. Rasche Körperbewegungen vermag Pat. nicht auszuführen. Typischer Schütteltremor der Finger und der Handgelenksmuskeln, l. ausgeprägter als r., bei Intention abnehmend, bei Emotion sich steigernd. Einzelbewegungen möglich, aber langsam, wenig kräftig, bes. links. Rigor in allen Gelenken, r. gering, l. sehr deutlich. Die tiefen Reflexe in den OE. sehr gesteigert.

In den UE. leichte Schwäche, gesteigerte tiefe Reflexe, beginnender Schütteltremor des l. Fusses. Sensibilität intact. Keine Stigmata hysteriae.

Beob. 7. Frau M., Kaufmannsfrau, 36 J., aus angeblich gesunder Familie, von schwereren Krankheiten verschont gewesen, gebar vor 3 Jahren Zwillinge, erholte sich nicht recht von dem übrigens uncomplicirten Puerperium und erkrankte, ohne dass eine Ursache in Gestalt von Trauma, Schreck, Erkältung u.s.w. nachgewiesen werden konnte, etwa 6 Wochen nach der Geburt an P. agitans. Das Leiden begann in der l. OE. mit Tremor, Schwäche, wozu sich bald Rigor hinzugesellte. Nach Jahresfrist wurde die l. UE. ergriffen, vor 8 Monaten die r. OE. Pat. bietet das klassische Bild der Krankheit, typische Körperhaltung und Handstellung, anstreifenden, trippelnden Gang, Propulsion, gesteigerten Patellarreflex, quälende Hitzegefühle.



II.

UEBER DAEMMER- UND TRAUMZUSTAENDE.



Erster Aufsatz [1]

(1875).

Zu den bestgekannten Neurosen zählt ohne Zweifel die Epilepsie. Die neuere Wissenschaft hat als Substitutionen und Aequivalente des klassischen convulsiven Anfalls eine Reihe von theils motorischen theils vasomotorischen und psychischen Symptomencomplexen ermittelt, die Monate, selbst viele Jahre hindurch, die Stelle des in tonisch-clonischen allgemeinen Krämpfen mit Bewusstlosigkeit sich äussernden gewöhnlichen epileptischen Insults vertreten, die Krankheit larviren können.

Den Bemühungen französischer Collegen, namentlich Falret und Morel verdanken wir eine ziemlich genaue Kenntniss der „psychischen" Epilepsie, soweit sie sich in den Formen des petit und des grand mal bewegt. Dass damit die Reihe der psychischen Symptomencomplexe im Gebiet der epileptischen Neurose nicht abgeschlossen ist, lehren die Erfahrungen, welche Griesinger im I. Band des Archivs f. Psychiatrie 1868 niedergelegt hat. Er spricht von epileptoiden Zuständen, insofern in seinen Beobachtungen ausgesprochene epileptische Anfälle zwar fehlen, an deren Stelle aber kürzere oder längere Schwindel-, Traumzustände oder plötzliche Angstanfälle sich vorfinden. „Die von solchen Zuständen Befallenen haben als Kinder oft Krämpfe mit Verlust des Bewusstseins gehabt oder einmal eine Kopfverletzung erlitten."

Intervalläre Zustände, die psychischerseits in Abspannung, Verstimmung, Befangenheit, Aengstlichkeit, oft bei ganz unbedeutenden Handlungen, bestehen, motorisch sich in leichten Zuckungen der

1) Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie XXXIII. Heft 2.

Hände, um den Mund, in den Bulbis, Nackenstarre etc. äussern, anderweitige nervöse, wahrscheinlich vasomotorische Erscheinungen wie Kälte der Füsse, plötzliche Röthe des Gesichts, schnell ausbrechende starke Schweisse deuten nach Gr. mit Bestimmtheit auf eine zu Grunde liegende centrale, wahrscheinlich epileptische Neurose.

Beachtenswerthe weitere Bestrebungen das Gebiet der psychischen Epilepsie zu klären und zu erweitern sind in neuester Zeit von der société médico-psychologique (des transformations épileptiques Annal. méd. psych. 1873) und von Samt (im Archiv f. Psychiatrie) ausgegangen. Sie legen die Vermuthung nahe, dass so manches psychische Krankheitsbild klinisch unverständlich ist, weil seine neurotische, wahrscheinlich epileptische Basis noch nicht klar zu Tage liegt. Ich erlaube mir unter diesen Gesichtspunkten die Aufmerksamkeit auf 3 in jüngster Zeit von mir beobachtete Epileptiker zu lenken, deren psychische transitorische Störungen keineswegs dem Bild des petit oder grand mal, der „mania epileptica" entsprechen, sondern theils als Dämmerzustände mit Zwangsvorstellungen und impulsiven Handlungen, theils als Traumzustände bezeichnet werden müssen und zur Erweiterung unserer Kenntnisse von den mannichfachen psychischen Substitutionen, Aequivalenten und Complicationen der Epilepsie beitragen dürften.

Beob. 1.[1]) Holl, 22 J., Lithograph, stammt von einer mit Migräne behafteten Mutter. Eine Schwester ist epileptisch, ein Bruder durch [illegible] Schädel auffällig.

Pat. war als Kind schwächlich, litt an Convulsionen, entwickelte sich langsam, lernte schwer. Mit 13 J. Trauma capitis mit Bewusstlosigkeit. Seit den Knabenjahren Hang zur Romantik und Phantasterei. Er las mit Vorliebe Romane, Rittergeschichten, konnte oft kaum mehr Lektüre und Wirklichkeit auseinanderhalten. Er erlebte oft bei der Arbeit plötzlich romantische Scenen wieder, die er gelesen oder auf dem Theater gesehen hatte, wurde dadurch ganz zerstreut, zu seinem Beruf kaum mehr brauchbar. Mit dem Eintritt in die Pubertätsjahre ergab sich Pat. der Onanie, der er bis auf die jüngste Zeit fröhnte. Von Kindheit auf nervös sehr erregbar, erschrak er 1869 heftig über einen Hund, der ihn ins Bein biss. Er fühlte sich noch längere Zeit nach diesem Vorfall nervös sehr aufgeregt. Auch den Wein ertrug er seitdem nicht mehr. Liess er sich zum Genuss von nur 2 Seidel Wein verführen, so bekam er heftige Angst, tonische Krämpfe in den Extremitäten, Brausen im Kopf und Athemnoth. Seit

1) Ergänzt aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie und handschriftlichen Notizen.

3 Jahren zeigten sich in unregelmässigen Zwischenräumen von mehreren Monaten Anfälle von Umstürzen, mit minutenlanger Bewusstlosigkeit, aus der er mit einem heftigen Weinkrampf dann wieder zu sich kam. Ein anrartiges Kältegefühl, das blitzschnell von den Füssen zum Kopf aufstieg, leitete sie jeweils ein. Seit 3 Jahren zeigten sich in unregelmässigen mehrmonatlichen Intervallen Zustände, die Pat. als „besinnungslose" beschreibt. Er könne während derselben nicht denken, sei ganz confus und bewahre für das während ihrer Dauer Vorgekommene eine nur ganz summarische Erinnerung. Als Vorläufer solcher Zustände: Visionen feindlicher drohender Gestalten, übler Geruch, wie nach Schwefel, und dumpfes Getöse in den Ohren.

In den letzten Jahren war Pat. ausserdem zeitweise von einer eigenthümlichen Bewusstseinsstörung befallen, in welcher er theils im Sinn seiner romanhaften „hereingeschneiten" Gedanken handelte, theils ganz impulsive, durch nichts motivirte Handlungen verrichtete, deren er erst mitten in der Ausführung zu seinem Aerger und Kummer bewusst wurde. So begegnete es ihm, dass er, mitten in der Nacht vom Drang erfasst, spazieren zu gehen, planlos umherlief. Einmal kam ihm, während er eine Commission besorgte, der ganz unmotivirte Gedanke, nach Leoben zu fahren. Er führte ihn sofort aus, erwachte am folgenden Morgen zu seinem Erstaunen in L., begriff seinen dummen, ihm unerklärlichen Streich nicht und kehrte beschämt mit erborgtem Gelde heim. Aehnliche Irrfahrten machte er nach Marburg, Fürstenfeld etc.

Einen tiefen Eindruck machte auf Pat. der deutsch-französische Krieg. Er schwelgte in der Zeitungslektüre der Siegesthaten des deutschen Heeres, berauschte sich dabei oft mit der Idee selbst ein Held zu sein, Soldat und dann Kaiser zu werden. Oft trug er sich auch mit dem Gedanken, Fürst zu werden, ein Königreich zu gründen, Schlachten zu schlagen, eine schöne Braut zu erobern.

In den letzten Jahren begegnete es ihm wiederholt, etwa 1—2 mal jährlich und während der Dauer von 5—6 Wochen, dass er ganz in diesen phantastischen, von ihm selbst als „hereingeschneite" bezeichneten Gedanken aufging, in einem eigenthümlichen, traumhaften Bewusstseinszustand all das für wahr hielt, was er bisher nur als Spiel der Phantasie betrachtet hatte. Hellte sich dann auch wohl das Bewusstsein auf Stunden auf, so genügte das einfache Nachdenken über seine romantischen Ideen, um sofort wieder die Phantasiewelt zur scheinbaren Wirklichkeit zu gestalten. Er hielt sich dann für einen König, für einen Feldherrn und leitete Schlachten. Ganz plötzlich kam ihm dann wieder die Einsicht in das Unsinnige seiner Projekte,

und dass er nur geträumt habe. Nach solchen Anfällen fühlte er sich längere Zeit matt, geistig erschöpft. Die Erinnerung für diese Traumwelt war nur eine ganz summarische.

Im Laufe des Herbstes 1874 bemerkte Pat. Sehstörungen auf beiden Augen, die sich unter Stirnkopfschmerz und Brennen in den Augenhöhlen steigerten, ihn arbeitsunfähig machten und Anfang Januar 75 ins Spital führten. Der Aufenthalt dort war ihm unsympathisch, der Anblick Kranker machte ihn oft am ganzen Leib zittern, auch er sei von allerlei Schreckbildern Nachts verfolgt gewesen. Am 18. 3. 75 Abends fing der bisher psychisch ganz freie Pat. plötzlich an zu schreien: „Ich bin der König Stuart. Gebt mir ein Schwert und die Leiche meiner Mutter.“ Er delirirte, tobte, bekam eine Morphiuminjection von 0,04, wurde ruhig und kam aus einem Dämmerzustand am 19. Morgens wieder zu sich. Er erinnert sich nur, dass er, als er am 18. Abends sich zu Bette legte, plötzlich von Gestalten umwogt war, schreckliches Getöse hörte und schwindlig wurde. In den folgenden Tagen war Pat. ganz lucid, aber leicht benommen und klagte über Kopfweh. Am 29. März wird Pat. plötzlich ängstlich, blass, schwindlich, stürzt krampfhaft nach Luft schnappend, bewusstlos zusammen. Bleibt so, ohne dass Convulsionen auftreten, 10 Minuten. Von da ab bis zum Mai treten fast täglich mehrere Anfälle von Delirium auf, das ganz stereotyp ist. Gewöhnlich beginnen diese Anfälle mit Schlachtengetümmel. Pat. ruft nach seinem Schwert, stürzt sich als Feldherr an der Spitze seiner Schaaren auf den Feind, haut und sticht wüthend um sich, feuert die Seinigen zum Kampf an. Er führt sie zum Sieg, darauf Te deum und Siegesmarsch, den Pat. theils trommelt, theils singt. Dann folgt ein Festbankett mit Toasten, Proklamirung als Herzog, Vertheilung der Kriegsdecorationen, Ansprache an das Heer, Gedenkfeier der Gefallenen, tröstender Zuspruch an die Hinterbliebenen, worauf Seine Hoheit mit der fürstlichen Braut sich ins Hochzeitsgemach zurückzieht und einschläft. Zuweilen folgt noch ein Nachspiel, indem er die Reize und Tugenden seiner Erkorenen mit dithyrambischer Begeisterung und schwülstigem Pathos preist.

Die sonst mittelweiten Pupillen sind im Anfall ad maximum erweitert, Kopf und Extremitäten kühl, Puls sonst 60, auf 100 gesteigert, sehr klein und celer. Schmerz- und Tasteindrücke werden appercipirt, krampfhafte Erscheinungen nicht beobachtet. Amylnitrit ergibt prompte Reaction, hat aber auf den Verlauf des Anfalls keinen Einfluss. Dagegen wirken Morphiuminjectionen, wenn im Beginn gemacht, zu 0,01—0,02 coupirend. Die Anfälle, welche bis zu einigen Stunden dauern, kommen plötzlich, unregelmässig. Veranlassung sind Lärm,

Schüsse u. dgl., namentlich aber Selbsthingabe des Pat. an seine romantischen Ideen, die dann sofort sich zur Intensität von Hallucinationen steigern und ihn mit einem Schlag in die Traumwelt versetzen. Pat. vermeidet es deshalb thunlichst, von seinen „Ideen“ zu sprechen, da er sonst gleich wieder in seinen Zustand hineingeriethe. Für das im Anfall Delirirte und Geschehene besteht zuweilen gar keine, meist eine nur ganz summarische Erinnerung. Pat. ist nach denselben leicht stuporös, das Bewusstsein etwas getrübt, er ist sehr reizbar, klagt über Schwindel, Kopfweh, eingenommenen Kopf. Folgt der nächste Anfall schon nach Stunden, so hellt sich das Bewusstsein in der Zwischenzeit nicht völlig auf.

In der intervallären Zeit ist Pat. sonst lucid, aber träumerisch seinen romantischen Gedanken nachhängend, reizbar, von nächtlichen ängstlichen Träumen geplagt. Er klagt öfter über Kopfweh, und dass er sich von der Phantasiewelt nicht emancipiren könne.

Vom 24. März an wurden täglich 6 g Bromkali gereicht und allmählig auf 14,0 gestiegen. Ein deutlicher Erfolg war nicht zu constatiren. Ende Mai wurden die deliranten Anfälle seltener. Am 6. Juni, nach einem solchen Anfall und nachdem Pat. schon ganz lucid erschien, wurde er plötzlich sehr schmerzlich verstimmt, drängte stürmisch fort, drohte alles zusammenzuschlagen. Das Bewusstsein war tief gestört, die Miene ganz entstellt. Rasch nach einander erfolgten zwei Selbstmordversuche. Am 11. Juni war dieser acute Depressionszustand ganz plötzlich vorüber. Pat. wusste von allem Vorgefallenen nicht das Mindeste. Bis zum 12. Juli blieb Pat. frei von seinen Anfällen und, bis auf Kopfweh und Hingabe an seine Träumereien, ziemlich wohl und lucid.

Am genannten Tage traten neuralgische Sensationen in der linken Temporalgegend, zu denen sich schreckhafte Hallucinationen (Sehen von Todten, Ueberfall durch Räuber, Zerdrücktwerden von Maschinen) gesellten, auf. Sie hatten die Bedeutung der Aura eines Anfalls, in welchem Pat. den Arzt für einen Erzherzog, sich selbst für einen Fürsten hielt und sein Heer wieder commandirte.

Wiederholt wurde dieses Delirium von krampfartig stossenden Bewegungen mit den Armen und seitlichen Zuckungen des Kopfes unterbrochen. Nach einer halben Stunde war dieser abortive Anfall vorüber. Pat. war sich hinterher desselben nicht bewusst.

Damit war der Anfallscyclus für diesmal abgeschlossen. Pat. war in der Folge ganz lucid, erklärte zu seiner Freude, dass er nun ganz frei von dem lästigen Kopfweh und den dummen romantischen Ideen sei. Bis Mitte November 1875 wurde nichts Auffälliges an H. mehr

bemerkt. Am 15. November stellte sich Kopfweh und Störung des Schlafs ein. Am 17. Abends dachte er ans Theater. Mit einem Mal sah er die Bühne vor sich, die Scene kam auf ihn zu, er fühlte sich plötzlich als König auf einem Pferd mitten im Walde. Da feuerte man einen Schuss auf ihn ab, er stürzte getroffen vom Pferd und der Vorhang fiel. Sofort sah er sich wieder in die reale Welt zurückversetzt.

In der Nacht vom 17./18. stand er auf, kroch längs der Wand des Zimmers fort, sah dabei ganz verstört aus, stürzte plötzlich um, blieb ½ Stunde bewusstlos ohne krampfhafte Erscheinungen und schlief dann ein. Amnesie für das Vorgefallene.

Am 18. November Nachmittags Traumzustand von 3 Stunden mit Delir von Theater, König etc. inhaltlich ganz dem vom 17. entsprechend. Pat. hat für diesen Anfall nur summarische Erinnerung, er weiss, dass derselbe sich mit Sausen in den Ohren und Kopfweh einleitete, dass er sich dann in Spanien, Paris etc. glaubte.

Am 23. November Nachmittags blickt Pat. plötzlich starr vor sich hin. Das Gesicht hat eine maskenartige Starre, die Wangen sind rosig injicirt. Die Hyperämie verbreitet sich über Nacken und Schultern bis zur Höhe des 8. Brustwirbels. Mechanische Insulte auf der Haut im Bereich dieser Hautpartien rufen, soweit der Insult reicht, eine lebhafte Röthe hervor, die erst nach längerer Zeit wieder schwindet. An den Extremitäten lässt sich diese Hyperämie nicht hervorrufen. Puls 90, äusserst voll, weich. Pat. ist bewusstlos und fängt mit grossem Pathos an zu perorireen: „Katharina von Schottland haben Sie Ihre Reisigen schon beisammen? Wir lassen sie ziehen. Sammeln Sie Ihre Häuflein! Katharina, meine Gemahlin! Ziehen wir vereint an unserem Vermählungstage, wenn auch wir am Tage grössten Glückes dasselbe zu geniessen verzichten müssen! Wer wagt das Königsblut zu vergiessen? Sammelt euch! Es ist traurig, gestört zu werden am schönsten Tage. Die Klingen sollen klirren, die Kanonen donnern, die Trompeten sollen fanfaren, es sollen umfallen die Stadtmauern! Volk! weiche nicht, es ist dein König hier. Karl von Bourbon steht dir zur Seite. Lassen Sie die Eingänge besetzen, sofort! Dort auf die Hügel pflanzen Sie die Kanonen! Volk! Alles soll Te deum singen und sobald ihr des Feindes ansichtig werdet, blickt gegen Himmel! Liebes Volk! Stehe treu zu deinem König: Katharina, umgürte dein Schwert, vertheidige auch du das Recht deines Landes, Glück und Segen über unser Volk! . . . . Lassen Sie vorrücken, die Kanonen donnern . . es steht schlimm, er hat seinen Banditenkönig von Castiglione, Don Carlos soll sich ergeben, lebend oder todt, bringt

ihn an! .... Vorwärts, vorwärts. (Pat. haut mit einem Stuhl auf die Umgebung ein). Katharina von Schottland lebt für euch ... Habt ihr ihn noch nicht eingeholt den Meuchelmörder? Mein Volk soll dir nicht zum Opfer fallen! Wie sie kämpfen! Gottes Segen über euch! Reichlich soll euch euer Blut vergolten werden. Noch bin ich nicht verwundet. Katharina, dein Herz verdient Lorbeerkränze!" An dieses Delir reihte sich ein stuporöser Zustand. Die Nacht vom 23./24. schlief Pat. gut. Am 24. Morgens noch dämmerhafte Existenz. Amnesie für den Anfall. Puls 72. Arterie wieder contrahirt.

Bis zum 18. 1. 1876 ist Pat. bis auf zeitweiliges Kopfweh und Nasenbluten wohl.

Am 18. Nachmittags starres Nachobenschauen. Zu Bett gebracht. Dämmerzustand von 1—5 Uhr. Kein Delir ausser die abgerissene Aeusserung: „Meine Leiche kommt nach Mailand."

Am 19. Abends stürzt Pat. plötzlich bewusstlos um, liegt dann $^3/_4$ Stunden regungslos da, mit starr nach oben gerichteten Augen und erschlafften Gliedern. Puls klein, Arterie contrahirt. Plötzlich bricht Delirium aus, das sich um Tod der Feinde, Sieg, Vermählung dreht und etwa 1 Stunde dauert. Dabei ergiesst sich wieder eine Röthe über Gesicht, Ohren, Nacken, Brust, Rücken bis zur Höhe des 8. Brustwirbels. Der Puls wird voll, 88. Die Stirn ist mit Schweiss bedeckt. An das Delirium reiht sich ein Dämmerzustand mit Angst und Visionen schrecklicher Gestalten. Darauf mehrstündiger Schlaf. Pat. erinnert sich nur, dass er bei Beginn des Anfalls drohende Gestalten sah, die seine Leiche verlangten. Er wehrte sich, sagte, er sei ja nicht todt. Darauf fingen sie an zusammenzuläuten, es schossen glühende Kugeln aus der Mauer. Nun kam man ihm zu Hilfe. Es entspann sich ein Kampf. Was weiter mit ihm vorgegangen, weiss er nicht. Vom 20. an bis zum 18. März frei von Anfällen, bis auf zeitweises Kopfweh wohl.

Pat. ist mittelgross, kräftig gebaut, ziemlich gut genährt. Der Schädel geräumig. Die Augenhöhlenbogen bilden mächtige Wülste. Nase nach rechts abweichend. Gaumenmittelnaht linkös und kielförmig vorstehend. Das linke Auge weicht nach links von der Sehlinie ab. An den unteren Lidern finden sich häufig fibrilläre Zuckungen. Kranzförmig rund um die Papille an homologen Stellen und in gleicher Ausdehnung findet sich auf beiden Augen ein atrophirender Process in der Chorioidea. Der übrige Augenhintergrund, besonders die Macula lutea ist intact. Häufig wird Nystagmus bemerkt. Da die Anfälle nicht wiederkehrten, wurde Pat. im Juli 1876 entlassen. In der Folge ist er reizbar, nervös, ab und zu dämmerhaft, mit Anfällen von

Temporalschmerz; gelegentlich durch 2 Tage „Zungenlähmung“, d. h. Sprachlosigkeit. Anfang Sept. 1876 befielen ihn wieder die romantischen expansiven Ideen. Es kam ihm vor, er müsse ein Schriftsteller oder Erfinder werden. Bald war es ihm, er sei schon ein solcher, müsse seine Arbeiten in Wien einreichen. Auf der Strasse sah er die Leute in Festkleidern. Vorkommende Festlichkeiten glaubte er auf sich beziehen zu müssen. Er dämmerte wieder herum, hörte oft „Evviva“ hinter sich rufen, gelegentlich auch „weg mit ihm“. Oefters kamen Angstgefühle mit der quälenden Idee, umgebracht zu werden. Anfang October schickte ihn der Vater in Geschäftsangelegenheiten mit 40 fl. Reisegeld nach Untersteier. Unterwegs gerieth er in überschwängliche Politikideen. Es kam ihm vor, er sei berufen, am serbisch-türkischen Krieg theilzunehmen, die Conferenz in Berlin zu besuchen. Er fühlte sich nun in der Rolle eines Gesandten, der die Länder inspicire, dämmerte planlos herum, verirrte sich in Wäldern, gerieth nach Ungarn. Dort (Ende November) kam ein episodisches, schreckhaftes Delir, das er in einem Gasthaus durchmachte. Unter heftigem Kopfschmerz wurde er sehr ängstlich, sah sich von Leichen umgeben, hörte Rufe und Sturmläuten. Nach drei Tagen dämmerte er weiter, wurde in einem „Ohnmachtsanfall“ an der Bahn betroffen, bekam von mitleidigen Fremden eine Karte nach Graz gelöst, fuhr dorthin, erkannte aber bei der Ankunft die Heimath nicht, fuhr planlos fort nach Obersteier. Dort recrudescirte das schreckhafte Delir. Es war ihm 2 Tage ganz finster vor den Augen, er hörte schrecklichen Kanonendonner, sah wilde Thiere, verstand die Sprache der Leute nicht, glaubte sich in Australien oder sonstwo. Dann kamen Ideen, der Kanonendonner sei ihm zu Ehren, er sei eine hochgestellte Persönlichkeit und bereise das Land. Er fuhr wieder mit der Bahn gegen Graz. Als er dort ankam, donnerten die Kanonen, alle Glocken läuteten. Er hörte Stimmen, er solle nur aushalten, es werde zum Guten führen. Einige Stunden später, in Marburg, am 28. 12. kam er aus dem seit Anfang October bestandenen Anfall zu sich, mit summarischer Erinnerung an seinen Dämmerzustand, mit wirrem Kopf, leerer Börse und tiefem Schmerz über das ihm Begegnete.

Am 30. 12. 1876 wieder in der Klinik aufgenommen, bot er, ausser schlechtem Schlaf, moroser, reizbarer Stimmung, zeitweisen Geruchsempfindungen nach gebrannten Kräutern, nichts Besonderes, so dass seinem Verlangen nach Entlassung bald wieder Folge gegeben wurde.

Am 6. 6. 1879 neue Aufnahme. Bis Dec. 1878 war nichts Besonderes ihm passirt. Im Januar 1879 war er in einem Dämmerzustand nach Ungarn gerathen, hatte dort episodisch ein schreckhaftes hallue.

Delir durchgemacht, war aber schon nach einigen Tagen wieder heimgekehrt. Einige Wochen später, auf einer intendirten Geschäftsreise, neue Irrfahrt, wobei Pat. fast im Schnee stecken geblieben und erfroren wäre, jedoch mit Verlust seines Gepäcks glücklich wieder heimkam.

Am 2. 3. 1879 verschwand Pat. von Hause und kehrte erst am 3. 6. aus Wien zurück. Pat. weiss kein Motiv für seine Reise nach Wien und hat nur summarische Erinnerung für seinen Aufenthalt dort. Er hat dort herumgelummert und geschwindelt, bald nach der Ankunft und einmal Ende April ein mehrtägiges, schreckhaftes, hallucinatorisches, episodisches Delir durchgemacht. Ausserdem weiss er, dass er sich für einen grossen Herrn hielt, gelegentlich mit dem Gedanken trug, nach Petersburg zu gehen, um dort Ordnung zu machen, sich für einen bedeutenden Schriftsteller hielt und Romane schrieb. In seinem schreckhaften Delir sah er blutende Leichen, den Plafond zusammenstürzen. Er hörte furchtbares Getöse, Geprassel von Flintenschüssen; Kanonenkugeln prallten an den Mauern auf. Dann hörte er das Anschlagen der Wogen, glaubte sich auf einem Schiff, man schoss auf ihn, Flammen züngelten um ihn u. s. w.

Am 6. 6. 1879 sollte Pat. wegen einer Betrugsaffaire verhaftet werden. Er gerieth in heftigen Affect, ergriff ein Messer, das auf dem Tisch lag, wollte sich den Hals abschneiden, den Sicherheitsbeamten erstechen. Man entrang ihm das Messer, er gerieth in Wuth, dann in Delir, rief seine Husaren herbei, lieferte eine Schlacht gegen seine Feinde und wurde noch in vollem Schlachtendelir im Spital aufgenommen. Am 7. 6. war er ausser Delir, aber noch dämmerhaft, klagte über heftigen Kopfschmerz, hatte summarische Erinnerung, behauptete, es sei eine ganze Schwadron auf ihn eingestürmt. Wie er hierher gekommen, wisse er nicht. Er steht noch unter dem Eindruck, eine bedeutende Persönlichkeit, eine Art Feldherr zu sein, vergleicht sich mit dem König Philipp von Macedonien, der auch klein angefangen habe.

Am 11. 6. löst sich der Dämmerzustand. Pat. hat in der Folge schwere Träume von Feuer, Zerdrücktwerden zwischen Maschinen u. s. w., ist nach wie vor nervös, reizbar, aber andauernd lucid, und wird nach mehrmonatlicher Beobachtung wieder einmal entlassen.

Am 18. 4. 1881 neue Aufnahme auf der Klinik. Pat. war in Bruck ausweislos, in dämmerhafter Verfassung aufgegriffen und im Gemeindearrest „tobend“ geworden. Er ging erschöpft, dämmerhaft zu, blieb so bis Anfang Mai und gab im Stat. retrospectivus an, er sei am 12. 4. 1881 von Graz fort, habe zur Vermählung des Kron-

prinzen nach Wien gewollt, sei nach Kreuz- und Querzügen nach Bruck gerathen, wo er einen „Ohnmachtsanfall“ erlitten habe. Amnesie für den Dämmerzustand. Entlassen am 31. 5. 1881.

In der Folge reiste Pat. für das Geschäft seines Vaters. Er kam wiederholt wieder in seinen expansiven Ideenkreis hinein. Einfache Zeitungslektüre genügte dazu. Als er eines Tages las, der Kronprinz von Portugal werbe um die Hand der Prinzessin V., erblickte er in ihm einen Rivalen, meinte ihn durch Heldenthaten aus dem Feld schlagen zu müssen. Sofort fühlte er sich als Heerführer, glaubte sich in China, befehligte im Feldzug von Tonking. Diese Phantasie dauerte bis zur Ankunft des Königs von Spanien in Wien, der eine neue Situation herbeiführte. Pat. wurde Retter des Königs aus einer Lebensgefahr, von diesem in Gegenwart einer grossen Volksmenge decorirt. In solchem romantischen Gedankenkreise bewegte er sich wochenlang, zeitweise ganz dämmerhaft, aber doch leidlich im Stande, in der realen Welt sich zurechtzufinden und seine Geschäfte zu besorgen.

Episodisch, wahrscheinlich im Zusammenhang mit im Sommer 1883 wieder häufiger auftretenden „Ohnmachtszuständen“ und Schwindelanfällen mit Angst, kamen auch Gedanken an Gift, Lebensbedrohung im Zusammenhang mit Geschmacks- und Geruchshallucinationen. Er dachte sich, man wolle ihn wegen seiner Krankheit aus der Welt schaffen, jedoch corrigirte er immer wieder diese Verfolgungsideen. Masturbation hatte er angeblich seit geraumer Zeit nach Lektüre eines populären Buches aufgegeben und in natürlicher Weise seine sexuellen Bedürfnisse befriedigt.

Unmotivirte Reisen im Dämmerzustand waren im Lauf von 1882 und 1883 öfter vorgekommen, besonders solche nach Ungarn. Einige Male, das letzte Mal im Sommer 1883 war er unter ascendirendem Hitzegefühl von den Beinen herauf bewusstlos zusammengestürzt. Erschrecken vor Hunden genügte, um solche Anfälle zu provociren. Nachts war er häufig ängstlich und sah sich im Halbtraume unter Leichen.

Am 25. 10. 1883, nach einem Aerger, bekam Pat. einen Anfall von l. temporaler Neuralgie, der einen deliranten Zustand auslöste. Auf die Klinik gebracht, predigte er wie ein Priester, sprach von der Erlösung der Welt durch ihn, von Macedoniens schönen Gefilden. Er gerieth immer mehr in Ekstase, hielt sich für Philipp von Macedonien „Ich ziehe mein blutendes Schwert als Ph. v. M. Gott gebe meinem Volke den Frieden! Mein Leichnam ruhe im Dom!“ Pat. führt noch eine Weile Schlachten auf, wird ruhig, schläft ein, erwacht am 26. 10. früh lucid, amnestisch für alles Vorgefallene und klagt noch neuralgische Beschwerden.

In der Folge ist Pat. geordnet, schläft schlecht, hat Halbträume von Verirrung im Walde, Duellen, Friedhofsituationen. Wenn er dann zu sich kommt, sieht er öfter eine Gestalt dahinhuschen. Bei Tag versichert Pat., dass er Widerstandskraft genug habe, um seine ausschweifende Phantasie einzudämmen. Er vertreibt sich die Zeit mit Niederschreiben seiner Autobiographie.

Am 26. 12. soll Pat. in einer gerichtlichen Angelegenheit vom Untersuchungsrichter einvernommen werden. Kaum, dass er diesem vorgeführt ist, wird er blass, aufgeregt, verwirrt, aggressiv, bekommt einen epileptischen Anfall (tonisch-klonischer Krampf von sehr kurzer Dauer) an den sich ein deliranter Zustand sofort anreiht, in welchem er sich als Napoleon I. gerirt.

„Helena ist die Losung, der Held von St. Helena lebt“ etc.

In diesem deliranten Traumzustand, der mehrere Stunden dauert, reagirt Pat. auf keine Reize der Aussenwelt. Endlich wird er ruhig, schläft ein und erwacht am anderen Morgen lucid, amnestisch für Alles, auch für die Gegenwart des Untersuchungsrichters.

Pat. bietet in der Folge nichts Bemerkenswerthes und wird am 25. 2. 1884 neuerdings entlassen.

Am 10. 6. 1884 neue Aufnahme. H. war wegen Betrug verhaftet worden, hatte einen Selbstmordversuch durch Erhängen gemacht und ging einige Stunden nach diesem in einem stuporartigen Zustand auf der Klinik zu.

Nach einigen Stunden kam er zu sich, wusste nichts von allem Vorgefallenen. Er erzählte, dass ihm in den letzten Monaten wieder allerlei Unliebsames durch seine romantischen Ideen passirt sei, so habe er z. B. als imaginärer Fürst seine Börse im Stadtpark verschenkt, um vermeintlich ihm gehörende Güter zu besichtigen, ganz unsinnige Fiakerfahrten in der Umgebung von Graz gemacht. Dabei hatte er auch anfallartige Zustände mit Amnesie, förmliche Gedächtnisslücken, in deren Raum ganz unbewusste Handlungen fielen.

Unter seinen traumhaften Ideen habe sich neulich oft die eingestellt, schon vor 1000 Jahren gelebt zu haben.

In der Beobachtung bleibt er lucid, aber moros, reizbar, anspruchsvoll, von grossem Selbstgefühl.

Am 12. 1. 1885 wird H. wieder aus der Irrenanstalt entlassen und im Siechenhause aufgenommen. Eine Betrugsaffaire (s. u.) brachte ihn vor das Strafgericht, wo ich im Januar 1886 ihn zu beobachten und zu begutachten hatte.

Der Inhalt des Gutachtens ist folgender:

Ergebnisse der Acten.

Karl H., 32 J. alt, ledig, ist seit dem Jahre 1874 gerichtsbekannt. Er hatte damals Landboten geprellt, indem er ihnen Schachteln mit werthlosem Inhalt zur Bestellung übergab und sich dafür Vorschüsse geben liess. Er wurde damals (30. 12. 1874) wegen dieser betrügerischen Handlungen mit 2 Monaten Kerker bestraft.

Analoge Gaunereien mit werthlosen Paketen, auf die er sich Geld auszahlen liess, fielen 1874 H. zur Last, der sie auch eingestand.

Anfang 1875 wurde H. zum erstenmal im allgemeinen Krankenhause in Graz aufgenommen. Die Beobachtung ergab die bestimmten Symptome einer schon 3 Jahre früher aufgetretenen epileptischen Geistesstörung neben Erscheinungen einer bis auf die Kinderjahre zurückreichenden wohl erblichen Belastung.

Das epileptische Irresein äusserte sich in unregelmässig wiederkehrenden, kaum von der luciden Zeit abgrenzbaren Traum- und Dämmerzuständen, in welchen der Kranke im Sinne romanhafter Ideen traumhaft handelt, der Wirklichkeit grossentheils entrückt ist, gleichwohl aber noch im Stande ist, sehr complicirte Handlungen, z. B. Reisen auszuführen.

Nur selten zeigen sich epileptische Anfälle, noch seltener impulsive Acte, z. B. zu Selbstmord, postepileptische Delirien u. dgl.

Am 25. 4. 1876 wurde H. zum erstenmal gerichtsärztlich explorirt, nachdem die Direction der Landesirrenanstalt seine Verwahrungsfähigkeit erklärt hatte.

Die gerichtsärztliche Exploration ergab epileptisches Irresein. Das Gutachten (vom 17. 5. 1876) konnte die Krankheit schon zur Zeit der incrim. Handlungen erweisen und ein Lucid. intervallum nicht nachweisen. Damit ging H. straflos aus.

Im Juli 1876 aus der Irrenanstalt gebessert entlassen, wurde H. 1879 neuerdings criminell durch betrügerische Handlungen. Er hatte absichtlich werthlose Colli versendet und in der Zeit vom 23. 1. bis Ende Februar 1879 einem gew. H. die über diese Colli entstandenen 23 Recepisse im angeblichen Nachnahmewerth von 990 fl. um 378 fl. verkauft. Als H. wegen dieses Betrugs verhaftet werden sollte, war er nicht aufzufinden. Er war ohne rechtes Motiv, vermuthlich in einem neuen epileptischen Dämmerzustand nach Wien gefahren und erst am 3. 6. 1879 wieder nach Graz zurückgekehrt. Als er am 6. 6. verhaftet werden sollte, gerieth er in einen psychischen Ausnahmezustand, versuchte sich den Hals abzuschneiden und den verhaftenden Wachmann zu erstechen. Da dieser Affectzustand unmittelbar in einen epileptisch deliranten überging, wurde H. auf das Beobachtungszimmer gesendet und da seine geistige Störung fortdauerte, am 16. 6. nach der Irrenanstalt transferirt.

Am 6. 9. 1879 gaben die Gerichtsärzte ihr Gutachten dahin ab, dass H. an epileptischem Irrsinn leide, keine sicheren Lucida intervalla biete und einer dauernden Internirung in einer Irrenanstalt bedürfe.

Am 10. 9. 1879 wurde das Verfahren gegen H. eingestellt und am 26. 9. 1879 über denselben die Curatel verhängt.

Am 17. 1. 1880 wurde H. in gebessertem Zustand aus der Irrenanstalt entnommen, am 28. 4. 1881 neuerdings derselben zugeführt, da er in epileptischem Dämmerzustand von der Sicherheitsbehörde aufgefunden worden war.

Am 31. 5. 1881 wurde H. aus der Irrenanstalt *genesen* entlassen.

Er betrog nun einen gewissen Sch. mit gefälschten Pfandbriefen. Als diese Affaire aufkam und man auf H. fahndete (Juli 1881) bekam er epileptische Anfälle, erschien, als er am 20. 8. 1881 vernommen werden sollte, geistig gestört, so dass von der Vernehmung Abstand genommen werden musste.

1883 sendet H. einer Frau R. in Graz eine angebliche Nachnahmesendung Pretiosen zu. Bei der Oeffnung des Kistchens finden sich statt Pretiosen Ziegelsteine vor. H. hatte die Sendung unter dem fingirten Namen „Josef Stemmer" gemacht.

Am 25. 10. 1883 wurde H. neuerdings der Beobachtungsabtheilung übergeben. Er bot epileptische Dämmer- und Traumzustände, war auch in der Zwischenzeit von gelegentlichen Grössen- und Verfolgungsideen, Geschmacks-, Geruchshallucinationen und Gesichtsillusionen heimgesucht.

Gelegentlich eines Besuchs des Untersuchungsrichters wird er blass, aufgeregt, will auf den Richter losgehen, sodass dieser sich zurückziehen muss. Gleich darauf bekommt H. einen epileptischen Anfall mit postepil. Delir, in welchem er, ganz wie in früheren Zuständen, in tiefem Traumzustand ist, sich für eine berühmte Persönlichkeit (diesmal Napoleon I.) hält, Schlachten schlägt, auf St. Helena trauert, u. s. w., bis er nach mehreren Stunden, mit mangelnder Erinnerung für alles Vorgefallene, selbst für den Besuch des Untersuchungsrichters, wieder zu sich kommt.

Da H. auch intervallär entschieden geistig gestört ist, u. A. Ideen hat, seine Mutter sei eine Andere, er habe schon vor 1000 Jahren als ausgezeichnete Persönlichkeit existirt, wird er am 6. 12. 1883 der Irrenanstalt übergeben und dort von den Gerichtsärzten explorirt.

Das Gutachten dieser vom 23. 12. 1883 geht dahin, dass es nicht möglich sei, Lucida intervalla und Dämmerzustände bei dem epileptischen H. scharf von einander zu unterscheiden. H. ist zudem ethisch und intellectuell geschwächt (psych. Degeneration). Es ist ein höchst gemeingefährlicher Kranker, unheilbar und dauernder Internirung in der Irrenanstalt bedürftig.

Laut Note der Direction der Irrenanstalt ist H. am 25. 2. 1884 *geheilt* entlassen worden.

Bald darauf beschwindelte H. einen Kaufmann G. in Graz, indem er Bestellung von Waaren fingirte und die Waare ins Haus beorderte, um sie dort sich anzueignen. H., neuerdings für dieses Delict in Untersuchung gezogen, wird wegen Irrsinns freigesprochen, zumal da er bei der Verhandlung den Eindruck eines offenbar Geistesgestörten machte.

In der Haft hatte H. einen Selbstmordversuch durch Erhängen ausgeführt. Deshalb wurde er am 9. 5. 1884 wieder der Beobachtungsabtheilung und da seine geistige Störung evident und andauernd war, am 10. 6. 1884 der Irrenanstalt zugeführt. Aus dieser wurde er, da man an ihm nichts psychisch Abnormes wahrnehmen konnte, was seine Detention in einer Anstalt motiviren könnte, am 12. 1. 1885 *geheilt* entlassen.

Seit seiner neuerlichen „Heilung" in der Landesirrenanstalt ist H. schon wieder 2 mal gerichtlich beanstandet worden.

Er hatte am 19. 8. 1885 einen gew. U. in raffinirter Weise um 9 fl. 60 kr. beschwindelt, indem H. für eine angebliche Commissionswaare, die er zu 12 fl. gekauft, sich 21 fl. 60 kr. von dem Landboten U. hatte auszahlen lassen. Bezüglich dieser Betrugsaffaire wurde H., dessen epileptische Geistesstörung und deshalb fortbestehende Curatel gerichtsbekannt waren, am 15. 9. 1885 wegen Irrsinn freigesprochen.

Seither hat H., zum Theil unterstützt von seinem Bruder *Franz*, eine ganze Reihe von betrügerischen Handlungen begangen. So gab er, theils fingirte, theils an wirklich existirende Adressaten gerichtete Nachnahmefrachten auf, die statt der deklarirten Sattler-, Nadler- und sonstigen Waare, Holzstücke enthielten. Mit den Nachnahmescheinen wusste er sich zunächst Credit bei Kaufleuten zu verschaffen, entlockte ihnen Waaren und verschleuderte sie auf dem Land.

Als H. am 1. 12. 1885 auf der Bahn wegen der Behebung der Nachnahme von Frachten Nachfrage hielt, wurde er verhaftet.

Im Verhör vom 3. 12. legt er ein umfassendes Geständniss bezüglich seiner Gaunereien ab. Als intellectuellen Urheber dieser jedenfalls raffinirten Gaunereien bezeichnet er einen gewissen G.

Am 17. 1. 1886 wurde H. eingehend von den Gerichtsärzten auf seinen Geisteszustand explorirt.

Ergebnisse der gerichtsärztlichen Exploration am 17. 1. 1886.

Explorat befindet sich gerade in einem relativ luciden, d. h. nicht traumhaften deliranten Zustand. Er giebt bereitwillig Auskunft über seine früheren Lebensumstände.

In Fortsetzung der mit dem 12. 1. 1885 abschliessenden Krankheitsgeschichte der Landesirrenanstalt, verdient Erwähnung, dass H. sich nach der Entlassung anfangs wohl gefühlt, Ende April 1885 aber wieder in einen seiner Traumzustände gerathen sein will.

Er sei planlos fort nach Ungarn, sei in Körmend vorübergehend zur Besinnung gekommen, habe gemerkt, dass es ihm wieder rappele, sich aber nicht heimgetraut aus Angst, dass man ihn wieder in die Irrenanstalt stecke. Da sei er weiter und nach manchen Irrfahrten nach Pest gerathen. Dort sei er wieder lucid geworden, habe seine Lage klar erkannt, eingesehen, dass er ganz zwecklos dahin gekommen, ohne Geld und Documente sich in der fremden Stadt auch nicht aufhalten könne. Da sei er zu Fuss fort nach Wien, habe unterwegs in Gran einen heftigen epileptischen Anfall bekommen, sodass man ihn ins Spital brachte. Da er sich aber bald wieder wohl fühlte, habe man ihn auf sein Bitten nach 2 Tagen wieder entlassen. Um Pfingsten sei er nach Wien gekommen, von da zu Fuss nach Graz gegangen, wo es ihm eine Zeitlang wieder ganz wohl gewesen sei. Vor Allerheiligen 1885 sei er auf einer Reise nach Fürstenfeld (offenbar in einem neuen Dämmerzustand) nach Fehring gerathen und habe dort beim Essen im Gasthaus einen heftigen epileptischen Anfall erlitten. Auf dieser Tour habe er sein Geld verloren, sei in Folge dessen deprimirt geworden, wieder in seine Phantasien hineingerathen, sei planlos nach Wien und wieder

zurückgefahren. Er sei wieder ganz zerstreut und traumhaft geworden, habe zwecklose Fiakerfahrten in der Umgebung von Graz gemacht in der Idee, er sei ein hoher Herr und besichtige seine Landgüter; er habe die ihm doch sonst wohlbekannten Ortschaften dabei für ganz fremde angesehen, örtlich sich gar nicht zu orientiren vermocht. Auch die Menschen kamen ihm wie wildfremd, einer anderen Zeit und Nation angehörig vor. Oft habe ihn der Gedanke ganz beherrscht, er habe schon vor 1000 Jahren in grosser Herrlichkeit als mächtiger Herrscher existirt. Zwischendurch in diesen Dämmerzuständen und regelmässig von linksseitigem Kopfweh begleitet, habe er wunderbare Phantasien gehabt, sich als Feldherr gefühlt, seinen Leichenzug gesehen u. dgl. (Alles Bruchstücke früherer Traumzustandsdelirien.)

In diesen dämmerhaften Zuständen habe er die Continuität seines Bewusstseins nicht besessen, nicht gewusst, wo er am Vortag gewesen, was er da und dort gemacht.

Auch in seinen luciden Zeiten seien ihm ganz plötzlich seine längst-geschwundenen Gedanken gekommen, sei er plötzlich von ganz romantischen Ideen und Situationen, wenn auch nur momentan beherrscht gewesen. Zu Zeiten habe er sich dann wieder ganz stumpf und blöd gefühlt und kaum einen Brief concipiren können.

An seine Gaunereien vermöge er sich nur summarisch zu erinnern. Er gibt zu, dass er wusste er thue Unrecht, aber in der Regel sei ihm sein Gebahren nur als Lappalie erschienen und der Gedanke, er werde ja doch nächstens ein grosser Herr, Millionär, könne dann Alles zurückzahlen und überdies grosse Stiftungen für die Armen machen, habe etwaige Bedenken beschwichtigt. Uebrigens habe ihm auch nichts an den Folgen seiner Handlungen gelegen, da er oft schon nahe daran war sich zu erschiessen. An der Ausführung des Selbstmords habe ihn gehindert der Gedanke sich nicht gut zu treffen und die Anschauung, dass er schon vor 1000 Jahren gelebt habe.

Eine Reue für sein unredliches Gebahren, eine Einsicht für die schimpfliche Situation, in die er sich gebracht, ein wirkliches Ehrgefühl sucht man bei Explorat vergebens. Jedenfalls ist er ein intellectuell und ethisch defecter, mehr in der Phantasie als in der Wirklichkeit lebender, geistig zerfahrener Mensch. Dieser Eindruck wird aus seiner ganzen Haltung, seiner verwitterten Miene und seinem wirren Auge sofort gewonnen.

Die körperlichen Abnormitäten sind unverändert die gleichen wie sie in der Krankengeschichte und den verschiedenen gerichtsärztlichen Gutachten erhoben sind.

Gutachten.

Karl H. ist seit dem Anfang der 70er Jahre mit epileptischer Geistesstörung behaftet. Er bietet alle erdenklichen und in der Erfahrung vorkommenden Erscheinungsformen epileptischer Insulte und *äquivalenter* psychischer Ausnahmezustände, speciell solche von *Somnambulismus*, d. h. Traumwandeln und Traumhandeln auf epileptischer Grundlage.

Diese als „Sinnesverwirrung" anzusprechenden Zustände setzen so unvermerkt ein und gehen so unversehens in den Zustand relativer Lucidität über, dass es unmöglich ist, dieselben zeitlich scharf zu umgrenzen, ausser

der Explorat wäre tagtäglich Object einer sachverständigen Beobachtung und Beurtheilung.

Aber auch da, wo er vorübergehend frei von Sinnesverwirrung erscheint, zeigen sich Spuren von Delirien, Zwangsideen, Illusionen, überhaupt elementare Störungen im Bereich der geistigen Functionen und gestatten es nicht, diese Intervalle als vollkommen lucide anzuerkennen.

Ueberdies hat die seit mindestens 14 Jahren bestehende Krankheit die intellectuellen und ethischen Leistungen des Exploraten in dauernder und wohl unheilbarer Weise geschädigt.

Auf Grund dieser theils temporären, theils dauernden Störungen und Defecte im geistigen Leben muss Explorat als ein der freien Willensbestimmung und der klaren Einsicht in die Bedeutung und Folgen seiner Handlungen verlustiges Individuum erklärt werden.

Bei der hohen Gemeingefährlichkeit dieses verbrecherischen Irren erscheint es geboten, dass die bürgerliche Gesellschaft dauernd vor ihm geschützt werde durch Anhaltung in einer Humanitätsanstalt, als welche bei dem Mangel einer Detentionsanstalt für geisteskranke Verbrecher, nur eine Irrenanstalt in Betracht kommen kann. Eine Entlassung aus derselben in dem unwahrscheinlichen Fall einer Heilung des Exploraten dürfte nur unter Zustimmung der Sicherheitsbehörde denkbar sein.

Am 11. 4. 1887 sah ich meinen Pat. zum letztenmal. Er hatte kurz vorher eine Contusion am l. Os parietale durch einen Mitpatienten erlitten, bot im Anschluss daran Aphasie, r. Parese im Facialis (2. und 3. Ast), Ober- und Unterextremität mit Beugecontractur im r. Ellbogengelenk und eingekrallten Fingern. Keine Sensibilitätsstörung, enorme Steigerung der tiefen Reflexe in r. OE., r. Fussklonus, beiderseits hochgesteigerter Patellarreflex. Es kann kein Zweifel darüber obwalten, dass alle diese Störungen einer hysterischen Neurose zugesprochen werden müssen, die sich ja seit Jahren schon durch gelegentlichen Weinkrampf und einmal durch Mutismus verrathen hatte. Auch die Ekstasen und postparoxysmellen deliranten Zustände erinnerten an auf dem Boden der Hysterie Vorkommendes. Gleichwohl muss ich die eigenthümlichen Alkoholreactions- und die Dämmerzustände, die „besinnungslosen" und die mit Umstürzen verbundenen Anfälle als zur Epilepsie gehörig ansprechen.

Das Vorkommen beider Neurosen neben einander ist jedenfalls ein in der Erfahrung begründetes.

Beob. 2. Igl, 25 J., Bäcker aus Südsteier, stammt von einem Vater, der sehr dem Potus ergeben war. Von Convulsionen, Kopfverletzungen in der Kindheit, von geschlechtlichen Ausschweifungen in der Jugend des Pat. ist nichts bekannt. Von Kindheit auf soll er ein jähzorniges aufbrausendes Temperament geboten haben. Erhebliche Krankheiten kamen nicht vor, ein bei Pat. vorfindlicher, namentlich

im Affect sehr lebhafter Nystagmus auf beiden Augen scheint angeboren zu sein. Seine Begabung war eine gute. Die Ursache seiner Krankheit findet Pat. in habituellen Excessen in potu, denen er seit seinem 14. Lebensjahr ergeben war.

Die ersten Erscheinungen seines Leidens datiren aus dieser Zeit. Es begegnete Pat. ab und zu, dass er, ohne zu wissen warum und in ganz dämmerhaftem Zustand verkehrte Handlungen ausführte. So erinnert er sich einmal durch einen Fluss geschwommen und erst nach der Ausführung dieser ihm ganz unerklärlichen Handlung sich derselben bewusst geworden zu sein. Im 16. Jahre geschah es ihm, dass ganz sonderbare Ideen, z. B. Fürst von Serbien zu sein, ihn oft urplötzlich überkamen und dann wochenlang beherrschten, sodass er Mühe hatte, sich von ihnen nicht überwältigen zu lassen.

1866, während seiner Lehrzeit in Graz, wurde Pat. irrsinnig und brachte 3 Monate im Irrenhause zu. Die damalige Diagnose lautete auf „allgemeine Verwirrtheit“. Aerztliche Aufzeichnungen fehlen. Pat. giebt an, er wisse nur, dass er damals im Wahn lebte, Fürst von Serbien zu sein und dass diese Idee ihn in der Folge noch oft heimsuchte.

1867 lief er einmal ohne Motiv aus dem Dienst, warf seine Habe weg, vertrank all sein Geld, lief 3 Tage planlos im Dämmerzustand herum, bis er inne wurde, was er für eine Dummheit gemacht habe und sich dessen schämte.

1868 wurde Pat. zum zweiten Mal mit der Diagnose „allgemeine Verwirrtheit“ im Irrenhause aufgenommen. Man erfuhr nur, dass er auch diesmal sich für den Fürst von Serbien gehalten habe.

1869, nach der Entlassung, litt Pat. zeitweise an Angstanfällen und schreckhaften Träumen. Zuweilen erwachte er aus solchen mit Bangigkeit und einem Beugekrampf der Zehen des l. Fusses. Allmälig, besonders nach Alkoholexcessen, stellten sich wieder Dämmerzustände mit planlosem Umherirren ein.

1871 trat der erste Anfall von klassischer Epilepsie (allgemeine Convulsionen mit erloschenem Bewusstsein) ein unter vorausgehendem Gefühl von Bangigkeit und krampfhaftem Zusammenziehen der Hände. Pat. war gerade am Backofen beschäftigt, rief noch um Hilfe und wurde dann bewusstlos. Er enthielt sich in der Folge vom Trinken und blieb frei von solchen Anfällen bis zum 24. November 1874, wo wiederholt epileptische Krämpfe auftraten und seinen Herrn nöthigten ihm zu künden. Pat. wandte sich subsistenzlos zu seinem Bruder nach Pettau, trank wieder stark und gerieth in einen psychischen Dämmerzustand. Seine Erinnerung beginnt da wieder, wo er sich im Arrest

befand. Man sagte ihm, er habe eine Majestätsbeleidigung begangen. Er sass nun 2 Monate im Gefängniss und wurde wegen „Wahnsinns" zum dritten Mal der Irrenanstalt am 19. März 1875 übergeben. Nach den Angaben des Gefangenwärters hielt er sich für den Fürst von Serbien, verlangte nach Belgrad, 30 000 Mann erwarteten ihn dort u.s.w. Bei der Ankunft in der Anstalt war Pat. lucid, hatte, wie auch die früheren Male eine nur ganz summarische Erinnerung für die überstandene Krankheitsperiode. Seinen Wahn Fürst von Serbien zu sein, corrigirte und belachte er. Die folgende Beobachtung bot psychische Integrität, den oben erwähnten Nystagmus, Parese des linken Mundwinkels. Im Laufe des Monat Juni erwachte Pat. einmal mit bangem Gefühl und Krampf der Zehen des linken Fusses. Von weiteren epileptischen Erscheinungen wurde nichts bemerkt.

Am 19. Sept. 1875 entwich L. Nachts aus der Irrenanstalt unter Entwendung der Baarschaft eines Wärters. Nach 8 Tagen, während welcher er herumvagabundirt und das gestohlene Geld vergeudet hatte, stellte er sich selbst den Gerichten, legte ein reumüthiges Bekenntniss seines Vergehens ab und gab so detaillirt über die Umstände seiner Entweichung und seinen Verbleib in der Folge Rechenschaft, dass wenigstens ein neuer Traum- und Dämmerzustand zur Zeit der That und bis zur Arretirung ausgeschlossen und L. mit aller Beruhigung in den Händen des Untersuchungsrichters belassen werden konnte.

Beob. 3. A., 19 J., Schusterlehrling, aufgenommen am 1. Juli 1875, stammt aus einer sehr belasteten Familie. Muttersvater und Muttersmutter starben apoplectisch, Mutterschwester, von Hause aus schwachsinnig, wurde später irrsinnig, eine weitere Schwester der Mutter ist epileptisch, ein Schwesterkind der Mutter ist irrsinnig. Die Mutter ist nervös, mit häufigem Kopfschmerz behaftet, von eigenthümlich unstetem Blick.

Pat. hat eine Schwester an Convulsionen verloren. 2 Brüder sind gesund.

Die Kindheit verlief ohne bemerkenswerthe Erscheinungen. Ein Sturz auf der Eisbahn im 10. Jahre mit folgender Bewusstlosigkeit scheint ohne weitere Folgen geblieben zu sein. Pat. lernte sehr leicht, zeigte schon als kleiner Junge ein anspruchsvolles selbstgefälliges Wesen, mied die Gesellschaft gewöhnlicher Knaben, bot von früher Jugend an einen stark ausgesprochenen Hang zur Romantik, der sich in der Lectüre von Räubergeschichten, Heldenromanen und grosser Vorliebe fürs Theater deutlich kundgab. Das Bäckergewerbe, das er später mit dem des Schusters vertauschte, befriedigte ihn nicht, er strebte nach Höherem.

Im Alter von 14 Jahren traf ihn sein Vater am Backofen, wie er mit aller Kraft denselben nach oben zu stützen bemüht war. Pat. war dabei vor Angst ganz starr, konnte nur mittheilen, es sei ihm fürchterlich ängstlich zu Muth, es komme ihm vor, als ob Alles auf ihn einstürze. Nach einigen Minuten löste sich diese ängstliche Starre, Pat. brachte müde und abgeschlagen einige Tage im Bett zu, klagte über Kopfweh und hatte eine nur summarische Erinnerung für den überstandenen Anfall.

Pat. war in der Folge arbeitsam, frei von nervösen Beschwerden, bis auf leichte zeitweise auftretende Schwindelanfälle.

Vor 3 Jahren beklagte sich Pat. über zeitweise Anfälle von stunden- bis tagelanger Störung im Denken. Der Umgebung war er in diesen Zeiten nur durch sein träumerisches Wesen und Vorsichhinstarren auffällig, da er durch diese Gedankenstörung in der Arbeit nicht gehindert war.

Von der Zeit der Pubertät an ergab sich Pat. der Masturbation, der er eingestandenermassen bis auf die neueste Zeit fröhnte.

Mitte April 1875 machte sich Pat. dadurch bemerkbar, dass er die Arbeit vernachlässigte, herumdämmerte, ganz in Gedanken versunken schien, seine Absicht, ein Dichter zu werden, zu erkennen gab und einen Brief an den heimathlichen Dichter Rosegger schrieb, worin er bat, ihn als Collegen zu betrachten und ihm seine Freundschaft anbot.

Anfang Mai wurden kurz hintereinander 3 epilepsieartige Anfälle beobachtet, deren erster durch einen Aerger provocirt war, und in Umfallen mit folgender längerer Bewusstlosigkeit bestand. Bei den folgenden Anfällen sollen partielle krampfhafte Zuckungen sich gezeigt haben.

Auf den letzten dieser Anfälle folgte am nächsten Tage ein Zustand von Delirium, in welchem Pat. aufgeregt hin- und herlief, Alles zu zertrümmern anfing, sich für den Papst, den deutschen Kaiser, einen König, seinen Bruder für einen Feldherrn hielt, Schlachten schlug, Heere anführte. Auf dieses Schlachtendelirium folgte eine Situation, in welcher sich Pat. als Träger einer Rolle in Lumpacivagabundus fühlte und Scenen aus diesem Stück aufführte. Das Delirium, welches 3 Tage und 3 Nächte andauerte, schloss mit einer Liebesscene, deren Personen Pat. und ein Mädchen seiner Bekanntschaft waren.

Seit diesem Anfall, für welchen Pat. nur eine ganz traumhafte Erinnerung bewahrte, war er nicht mehr wie früher. Er schlief wenig, war sehr reizbar, klagte über Kopfweh, Schwere im Kopf, brachte in

seinem Beruf nichts mehr zu Stand, trieb sich planlos in den Wäldern umher oder sass träumerisch zu Hause da, romantischen Ideen, Dichter zu werden, Grosses, dessen er sich aber nicht klar war, zu beginnen, nachhängend. In diesem eigenthümlichen Dämmerzustand erfolgte seine Aufnahme. Er zog sich in die Zimmerecken zurück, starrte tagelang träumerisch vor sich hin, beantwortete Fragen nicht oder abweichend, nahm eine stolze oder trotzige Haltung dem Fragenden gegenüber an, liess nur einmal durchblicken, er wolle Offizier werden, eine Schärpe anlegen, um den Leuten, die ihn so geringschätzig anblickten, zu imponiren. Aus seiner träumerischen weltverachtenden Ruhe aufgestört oder zur Arbeit aufgefordert, wurde er sehr gereizt und ungehalten.

Körperliche Functionsstörungen, epileptoide Erscheinungen, so sehr darauf geachtet wurde, waren nicht zu bemerken. Seit Mitte Juli 1875 freier in Haltung, Miene und Benehmen. Er zeigte nun Lust zu Beschäftigung, gab befriedigende Auskunft über seine Vergangenheit, wobei sich herausstellte, dass seine Erinnerung bis Ende Juni nur eine ganz summarische war. Pat. blieb in der Folge ganz geordnet, bot aber ein träumerisch schlaffes, unstetes Wesen, unsicheren Blick und einen gewissen Zwang in der Mimik, der auch seinen Angehörigen gelegentlich eines Besuches auffiel. Ausser einem relativ grossen Schädel und einem wohl angeborenen kleinen pigmentirten Exsudatstreifen in der Chorioidea des linken Auges fanden sich keine Anomalien bei der körperlichen Untersuchung vor.

Resumiren wir die vorstehenden Beobachtungen, so finden wir:

1. im Fall II. Erbliche Anlage. Schwächliche Constitution. Convulsionen in der Kindheit. Nervöses Temperament. Retardirte Entwickelung. Hang zum Romantischen, Phantastischen, pathologische Reaction auf Alkohol. Mit 19 Jahren Einsetzen der Krankheit mit Anfällen von bewusstlosem Umstürzen mit folgendem Weinkrampf und vorausgehender vasomotorischer Aura. Dazu treten Anfälle von Denkstörung mit prodromalen schreckhaften Hallucinationen und nur summarischer Erinnerung. Später Dämmerzustände mit phantastischen expansiven Zwangsvorstellungen und impulsiven Acten, für deren Dauer nur eine ganz summarische Erinnerung besteht. Mit 22 Jahren mehrmonatlicher Anfallscyclus von ganz stereotypen, bewusstlosem, expansivem Delirium. Die einzelnen Anfälle von stunden- bis tagelanger Dauer, hier und da eingeleitet von Neuralgien und schreckhaften Hallucinationen, gefolgt regelmässig von Stupor, Kopfweh, Reizbarkeit. Einmal con-

plicirten das Delirium Zuckungen der oberen Extremitäten und des Kopfes.

Intercurrent tritt ein Anfall von bewusstlosem Zusammenstürzen auf, unter vorausgehendem Schwindel und Aengstlichkeit, ferner ein Anfall von petit mal (acuter psychischer Depressionszustand mit Suicidiumversuchen, Umnebelung des Bewusstseins) mit fehlender Erinnerung. Intervallär Kopfweh, Reizbarkeit, ängstliche Träume, ausserdem Atrophia chorioideae und Strabismus.

2. im Fall Igl. Vater Potator. Angeborenes jähzorniges Temperament, Nystagmus, Parese des linken Mundwinkels. Excesse in baccho. Mit 14 Jahren Dämmerzustände mit impulsiven Handlungen. Mit 16 Jahren expansive Zwangsvorstellungen. Später mehrmonatliches expansives Delirium. Mit 17 Jahren wieder Dämmerzustände mit impulsiven Acten. Mit 18 Jahren neuer Anfall von expansivem Delirium. Darauf Angstanfälle und schreckhafte Träume mit partiellen tonischen Krämpfen; später wieder Dämmerzustände. Mit 21 Jahren epileptischer Anfall. Mit 24 Jahren wiederholte epileptische Anfälle. Darauf Dämmerzustand, endlich 3. Anfall von ganz stereotypem expansivem Delirium mit nur summarischer Erinnerung. Intervallär partielle tonische Krämpfe.

3. im Fall A. Starke erbliche Belastung. Gute Begabung, früh grosses Selbstgefühl und Hang zur Romantik. Mit 14 Jahren Angstanfall mit tetanischer Starre und nur summarischer Erinnerung. Später Schwindelanfälle. Mit 16 Jahren Anfälle psychischer Umdämmerung und Denkstörung. Mit 19 Jahren Dämmerzustand mit expansiven überwältigenden Ideen. Darauf 3 epileptische Anfälle. Später expansives Delirium mit summarischer Erinnerung. Endlich mehrmonatlicher Dämmerzustand mit expansiven Ideen und lückenhafter Erinnerung. Intervallär Reizbarkeit. Kopfweh.

Ueber die Schädelmasse der 3 Patienten, von denen Igl. u. A. etwas in der allgemeinen körperlichen Entwickelung zurückgeblieben erscheint, A. zudem einen relativ grossen, an hydrocephalische Formen erinnernden Kopf, Igl. einen rechterseits in der Entwickelung verkümmerten Gesichtsschädel besitzt, giebt nachstehende Tabelle Auskunft.

Namen	Alter	Horizontalumfang	Ohrstirnlinie (Arnold)	Ohrscheitellinie (Arnold)	Ohrhinterhauptslinie (Arnold)	Linie v. Nasenwurzel zd. protub. occ. ext. (Welker) modif. v. d. Lobenden	Längsdurchmesser (Glabella zd. occiput)	Grösste Breite (Welker)	Distanz beider Por. acustic.	Spitze des Warzenfortsatzes z. höchsten Punkt der Pfeilnaht	Distanz des unt. Randes bei der Sutur. zygom. front.	Nasenlänge (Nasenwurzel — Nasenstachel)
1. Holl.	22	55	31	36	25	34	18	16	12	16,6	11	4
2. Igl	25	53	31	37,5	26	36	17	15,25	11,5	rechts 16,5 links 17	9,75	4,75
3. A.	19	55	31	37	23	36	18	15,25	12,75	15,5	11	4,75

Die mitgetheilten Fälle bedürfen keines weiteren Commentars. Trotz individueller Besonderheiten sind sie wahre Parallelfälle, die an der empirisch wahren Natur des Krankheitsbildes nicht zweifeln lassen.

Die bisherige Literatur bietet wenig Ausbeute über diese epileptischen Dämmer- und Traumzustände.

Von Flechner (Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilkunde XVII. 24) ist eine interessante hierhergehörige Beobachtung mitgetheilt.

Ein Schustergeselle, 28 Jahre alt, versucht einen Kameraden zum Raubmord zu verleiten. Als Knabe Trauma capitis. Darauf epileptische Anfälle und solche von „Mania epileptica". Diese verschwinden. An die Stelle treten traumartige Dämmerzustände mit Kopfschmerz, verkehrten Reden und Amnesie. In einem solchen Anfall Verleitung zum Raubmord.

In einer zweiten vom gleichen Autor (Psychiatr. Centralblatt 1874, No. 10, 11) mitgetheilten Beobachtung ist eine Handarbeiterin, 38 Jahre, verschiedener Diebstähle und Schwindeleien angeklagt. Als Kind Convulsionen. Vom 17. Jahre an epileptische Anfälle, dann Dämmerzustände mit ganz verkehrten Handlungen, später „Mania epileptica" im Anschluss an convulsive Anfälle. Statt solcher in der Folge zeitweise Anfälle von Schwindel, momentaner Bewusstlosigkeit, Angst und Herzklopfen. 1870 Dämmerzustand von längerer Dauer mit romanhaften Ideen, die zu Schwindeleien führen. 1871 analoger Zustand mit ganz summarischer Erinnerung. Später acute Depressionszustände

mit Taed. vitae und Dämmerzustände mit expansiven Ideen hoher Abstammung u. s. w.

Einen werthvollen Beitrag hat Hecker (Vierteljahrschr. f. gerichtl. u. öffentl. Med. N. F. XX. H. 1, 1874) geliefert. Ein Soldat, 24 Jahre, wird im letzten Feldzug als Deserteur aufgegriffen. Keine Erblichkeit. Als Kind von 10 Wochen Convulsionen. Normale Entwickelung, gute Erziehung, geistige Beschränktheit. Mit 12 J. Anfälle psychischer Umdämmerung und Bewusstseinsstörung mit impulsiven Handlungen, z. B. Weglaufen von der Arbeit, Herumirren, Desertionen. Später Schwindelanfälle, Angstanfälle, z. B. wenn er das Gewehr losschiessen oder auf Schwimmschule sollte. Vom August 1870 bis Januar 1871 Dämmerzustände, in welchen er desertirt, herumschwindelt, sich für einen Lieutenant u. s. w. ausgiebt, hinterher nur eine ganz summarische Erinnerung besitzt. Intervallär Kopfweh, zeitweises Zittern, Frieren, ab und zu Waden- und Schreiberkrampf. Zufälle ganz momentaner, wohl als Vertigo zu deutender Bewusstlosigkeit.

Hieran reiht sich endlich ein Fall von Leidesdorf (Med. Jahrbücher 1875 H. 2). Ein Mensch wird in Wien auf der Strasse gefunden, der anfangs gar nicht, später ganz incohärent antwortet, allmälig zum Bewusstsein zurückkehrt. Mit 18 Jahren Stirnverletzung durch einen Mastbaumsplitter. Seitdem Anfälle, in welchen er unbewusst von Hause oder Amt sich entfernt, tagelang dämmerhaft umherirrt, Gestalten aus der Mythologie sieht, mit denen er spricht, fühlt, wie Cyclopen seinen Kopf als Amboss benutzen. Nur traumhafte Erinnerung für diese Anfälle. Nach denselben geistig und körperlich matt, gedächtnissschwach und nur allmälige Rückkehr zur Lucidität.

Ueberblicken wir das ganze uns bisher wissenschaftlich gebotene Material, so dürfte es nicht schwer sein, das Bild der Krankheit zu zeichnen. Das Schema stimmt vielfach mit dem der epileptoiden von Griesinger aufgestellten Zustände überein.

In einigen Fällen verräth sich eine neuropathische Constitution schon durch Convulsionen in der Kindheit. Gewöhnlich zeigen sich die ersten Spuren der Neurose in der Pubertätszeit. Genuine epileptisch convulsive Anfälle finden sich gar nicht oder nur ganz vereinzelt. Statt ihrer vertigoartige oder Angstanfälle. Intervallär mehr oder weniger deutliche Zeichen einer dauernden Störung im centralen Nervensystem, die sich theils durch Kopfweh, Reizbarkeit, ängstliche Träume, theils durch motorische Symptome (Neigung zu partiellen tonischen Krämpfen, Zittern, in einem Falle auch Nystagmus) zu erkennen giebt.

Als Aequivalente der psychischen Symptomencomplexe des petit

mal und grand mal erscheinen in unseren Fällen eigenthümliche Zustände Stunden bis Wochen währender tiefer Störung des Bewusstseins, die sich theils als protrahirte Analoga jener Bewusstseinspausen (absences) und interparoxysmellen Dämmerzustände, deren epileptische Natur schon längst erkannt ist, ansprechen lassen, theils den Charakter des Delirium an sich tragen. Interessant bleibt die Thatsache, dass, entgegen dem in der ungeheueren Mehrzahl bei Epilepsie beobachteten depressiven Delirium der Inhalt desselben ein expansiver ist.

Jene Dämmerzustände sind ausgezeichnet durch ganz planlose unmotivirte, bewusstlose Handlungen und in einigen Fällen durch regelmässig wiederkehrende, expansive, zu Zeiten überwältigende krankhafte Vorstellungen. In den Zuständen von Delirium nähern sich die Kranken ekstatischen und somnambulen Krankheitsbildern. Ihr Bewusstsein ist tief gestört, gestattet jedoch ein scheinbar bewusstes Handeln und Sprechen.

An der epileptischen Natur dieser Zustände ist im Zusammenhalt mit der Anamnese, den intervallären Erscheinungen nicht zu zweifeln. Am Deutlichsten giebt sich jene im Fall Holl. zu erkennen, wo schreckhafte Hallucinationen die Bedeutung einer Aura für den Anfall gewinnen, dieser auch einmal mit convulsiven Erscheinungen complicirt ist und Stupor, Reizbarkeit, Kopfweh jeweils ihm folgen.

Die stereotype Wiederkehr derselben deliranten Vorstellungen das brüske Eintreten und Aufhören der Symptome, die höchst summarische Erinnerung haben diese Dämmer- und Traumzustände ebenfalls mit den bekannten Zuständen des petit und des grand mal gemein.

Es erübrigt mir schliesslich auf die forensische Bedeutung dieser noch wenig gekannten Dämmer- und Traumzustände zu verweisen. Mehrere der angeführten Kranken sind mit den Gerichten in Conflict gekommen wegen impulsiver strafbarer Handlungen, die in die Zeit ihrer Dämmer- und Traumzustände fielen. Ohne die Kenntniss der Anamnese und der neurotischen Basis dieser Krankheitszustände dürfte es schwer sein, dem Richter Klarheit in der Situation zu geben. Unwillkürlich drängt sich die Frage auf, ob jener denkwürdige Holzapfel'sche Mordprocess, über den das Archiv der Psychiatrie (V. H. 1) jüngst berichtete und über den die Stimmen der Sachverständigen so getheilt waren, nicht der Gruppe jener epileptoiden Dämmer- und Traumzustände angehört und vor dem Forum der Wissenschaft wenigstens eine Revision fordert.

Zweiter Aufsatz[1]

(1877).

Beob. 4. Der Fall Holtzapfel nach den Gutachten der Sachverständigen und den Verhandlungen der Berliner med. psychologischen Gesellschaft.

(Vgl. Archiv f. Psychiatrie V. S. 285. 307. 311. VI. 862; Casper, Lehrbuch der gerichtl. Med. bes. v. Liman, 6. Aufl., 1876. S. 609.)

Im einstöckigen Nebengebäude eines Hauses in Charlottenburg, in welchem Wittwe L. ein Conditoreigeschäft betrieb, war die Schlafstelle des männlichen Personals der Conditorei. In dem Schlafzimmer standen 4 Betten längs der Wände und unter dem einzigen Fenster ein runder Tisch. Aus dem Schlafzimmer gelangte man in ein Vorzimmer. Neben der Zwischenthür befand sich in letzterem ein weiterer Tisch. Aus dem Vorzimmer führte eine Treppe direct in den Hofraum.

In den 4 Betten des Schlafzimmers schliefen in der Nacht vom 8/9. April 1873 der 27jährige Conditorgehilfe Fleischer, der 21 Jahre alte Gehilfe Schulz, der 25jähr. Hausdiener Sutte und der 18jähr. Conditor Holtzapfel.

Es mochte gegen 3 Uhr Morgens sein, als Sch. über einer Detonation erwachte. Er sah Holtzapfel, mit Hose und Weste bekleidet, ein brennendes Licht in der einen, einen Revolver in der anderen Hand haltend, an der Thüre stehen. Auf seinen Ruf: „Franz, Franz, Sie erschiessen uns Alle“ feuert H. zwei Schüsse auf Sch. ab, die diesen verwunden und wendet sich dann gegen Fl., der vom ersten Schuss getroffen, im Bett sich aufgerichtet hatte und nun durch einen zweiten hingestreckt wird. Darauf jagt H. dem gegenüberliegenden S. eine Kugel in den Kopf und geht ins Vorzimmer. Dort wird er von

---

1) Friedreich's Blätter für gerichtl. Medicin 1877. 2.

dem entsetzten Sch. betroffen, wie er den Revolver von Neuem ladet. Sch. bittet H., er möge ihm Wasser holen, damit er seine Wunden auswaschen könne. H. weigert dies mit den Worten: wenn er hinuntergehe, wäre es sein Unglück, denn unten ständen 2 Männer. Sch. meint vorwurfsvoll: „Siehe nur, Franz, hättest du etwas höher gezielt, so hättest du mich in die Schläfe getroffen." „Wo sind die Schläfe", fragt Holtzapfel und hält an die bezeichnete Stelle seinem Freund die Pistole, ohne jedoch loszudrücken. Während Sch. sich mit den Verwundeten zu thun macht, nähert sich ihm H. und schiesst nochmals nach ihm. Der Schuss streift das Nasenbein. Nun entsteht ein verzweifeltes Ringen zwischen Sch. und H., wobei der Revolver nochmals losgeht, Sch. am Schenkel verwundet und das Licht erlischt. Der verwundete S. hat sich mittlerweile aufgerafft und dem Mörder die Waffe entrissen. Als Sch. den S. ersucht, das Licht wieder anzuzünden, so thut dies H. selbst, während Sch. den Leuchter hält. H. bittet um Rückgabe des Revolvers, er wolle sich selbst erschiessen. Er äussert zu Sch., er habe nur gespasst, Sch. möge sich nur zu Bett legen, er werde Alles bezahlen, man möge ihn nicht unglücklich machen. Sch. und S. fliehen, um die Hausbewohner zu wecken.

H. erscheint bald darauf ohne Hut mit brennender Cigarre auf dem Hof, geht dort einige Male horchend auf und ab und kehrt wieder nach dem Bodenraum zurück. Er macht Licht, geht im Zimmer hin und her, kehrt rauchend, im Sonntagsanzug, einen Cylinderhut auf dem Kopf, aber in Morgenschuhen, auf den Hof zurück, geht wieder horchend einige Male auf und ab und verschwindet dann nach dem Garten hin. Er nahm seinen Weg über einige Grundstücke nach der Strasse, erschien Morgens zwischen 5 und 6 Uhr in einem Frühstückskeller am Molkenmarkt in Berlin, forderte Waschwasser und Kaffee, erzählte, die ganze Nacht nicht geschlafen zu haben, es seien Diebe in Charlottenburg eingebrochen und 2 seiner Freunde dabei erschossen worden. Der Wirthin graute es vor dem Gast, sie weigerte das Verlangte, worauf er mit den Worten fortging: „Sie denken wohl, ich bin auch einer davon."

H. kehrte nun bei einem Barbier ein, liess sich den Vollbart abnehmen und die Haare stutzen, fragte nach dem nächsten Bahnhof, erzählte, er sei mit 2 seiner Freunde von 4 Spitzbuben überfallen worden. Die Collegen seien wahrscheinlich erschossen, ihm sei es gelungen zu entwischen.

Er begab sich nach dem bezeichneten Bahnhof, reiste in der Richtung nach Frankfurt a. O. ab, verdingte sich am 10. in Lebus, wo nichts Auffälliges an ihm bemerkt wurde. Bei der Verhaftung

am 11. wunderte er sich über seine schnelle Auffindung, läugnete jegliches Wissen seiner That, es wäre ihm allerdings, als ihm der Revolver entrissen wurde, gesagt worden, dass er geschossen habe. In diesem Moment sei er aus einem Zustand von Schlaftrunkenheit zu sich gekommen und von da an nur auf seine Flucht bedacht gewesen. Er schlafe seit seiner Kindheit unruhig, habe kürzlich geträumt, er gehe mit seinen Freunden spazieren und es kämen wilde Thiere auf sie zu, da habe Fl. ihm zugerufen: „Schiessen Sie doch"! Nun habe er nach dem über seinem Bett hängenden Revolver gegriffen. Dieser sei aufs Bett gefallen und darüber sei er erwacht. Diesen Traum hatte er thatsächlich vor Kurzem erzählt. Der Revolver, den er angeblich gemeinsam mit Fl. aus Furcht vor Einbrechern gekauft hatte, hing gewöhnlich über seinem Bette. Er war zuletzt von Fl. geladen worden.

Die Anklage des Staatsanwalts ging auf Raubmord und unterstellte H. die Absicht seine Schlafkameraden zu ermorden, um dann seine Herrin berauben zu können. Es wurde constatirt, dass die von dem Zimmer der Herrin zu dem der Bediensteten führende Klingelschnur ausgehackt und damit gebrauchsunfähig war. Der üble Leumund des H., mehrere in letzter Zeit vorgekommene Hausdiebstähle, deren H. dringend verdächtig war und wegen derer eine gerichtliche Untersuchung ihm drohte, schienen Stützen der Anklage.

Die vermissten Gegenstände wurden wirklich im Besitz des H. gefunden. Er läugnete deren Diebstahl, wollte sie theils gefunden, theils gekauft haben.

Die von der Vertheidigung während der Voruntersuchung beantragte ärztliche Untersuchung des Geisteszustandes wurde nicht bewilligt (!). Erst zu der öffentlichen Verhandlung am 16. October wurden Sachverständige (fünf) geladen. Da diese erklärten, im Termine nicht ihr Gutachten abgeben zu können und eine Exploration verlangten, so wurde über Antrag der Vertheidigung der Termin vertagt und die Verhandlung gegen H. am 12. Januar 1874 wieder aufgenommen.

Aus den Verhörsprotokollen und Ermittelungen der Sachverständigen ergibt sich über H.'s Vorleben, Persönlichkeit und Thatumstände folgendes:

H. gehört einer Familie an, in welcher mehrfach Hirnkrankheiten vorgekommen sind. Die Tante seines Vaters war nicht richtig im Kopf. Vaters Bruder und Mutter Schwester litten an Epilepsie. Ein Sohn des ersteren hatte seine 5 Sinne nicht beisammen, eine Tochter dieses Mannes ist epileptisch.

Ueber die ersten Lebensjahre H.'s enthalten die Berichte nichts. Vom 7.—14. Jahre an litt er etwa 4—5mal jährlich an Anfällen, in welchen er aus dem Schlaf aufsprang, im Hemd in der Stube herumlief, ab und zu auch wohl die Hände zusammenballte oder ängstlich schrie: „sie wollen mir kriegen", auf Anrufen dann wieder zu sich kam und hinterher von dem Vorgefallenen nicht das Mindeste wusste. Auch seine 10jährige Schwester leidet an ähnlichen Anfällen. Ohnmachten, Schwindelanfälle, Krämpfe und dgl. waren dagegen nie an ihm beobachtet worden. Auch die Anfälle von Aufschrecken im Schlaf kamen nach dem 14. Jahr nicht mehr zur Beobachtung. Nur sein Brodherr berichtet aus späterer Zeit (v. Archiv f. Psych. V. p. 311), dass H. bei Gelegenheit wie ein Wüthender sich auf ihn gestürzt habe, wie wenn er ihn zu Boden schlagen wollte und ein andermal (ebenda pag. 312), dass er den H., der ihm immer unerklärlich gewesen sei, in einem andern Zustand von Wuth gesehen habe, in welchem dieser auf der Gartenbank gesessen und in einer Weise „gezappelt" habe, dass es ihm ganz räthselhaft vorgekommen sei.

Bis zum 14. Jahre finden H.'s Lehrer ihn zwar wenig begabt, körperlich schwach, schlaff, von schweigsamem, zurückhaltendem Benehmen, aber als einen guten folgsamen Menschen. Von da ab (Pubertät, Aufhören der Anfälle) muss eine Aenderung des Charakters sich bei H. vollzogen haben, wenigstens wird er in der Folge als ein widerspenstiger, heimtückischer, boshafter, mitunter excentrischer Mensch geschildert, der kleine Diebstähle beging und der Urheberschaft eines nach einem erhaltenen Verweis ausgebrochenen Brandes dringend verdächtig war.

Von körperlichen Krankheiten scheint H. bis auf die jüngste Zeit verschont gewesen zu sein, nur ab und zu litt er an Kopfweh. Auch sein Schlaf war trotz seiner gegentheiligen Versicherung ein ruhiger, wie dies Zeuge Schulz, der über ein Jahr mit ihm zusammenschlief, bezeugte. Niemals wurden an ihm weder vor der That noch nach derselben in der Haft epileptische oder epileptoide Erscheinungen beobachtet. Ueber H.'s geistige Begabung lauten die Ansichten der Beobachter divergent. Von einigen wird er als vollsinnig bezeichnet, andere halten ihn für geistig beschränkt, was allerdings mit Bezug auf die Angaben seiner Lehrer, sein unsinniges Läugnen der Diebstähle, deren er doch überführt ist, sein theilweise läppisches Benehmen in den Verhören und Aussprüche in seinen Briefen an die Geschwister „vergesst nie, was Ihr eurem dankbaren Vater schuldig seid" — „die christliche Kirche stammt von der katholischen Religion" glaubhaft erscheint.

In körperlicher Beziehung erscheint H. in seinem Wachsthum und in der Entwickelung zurückgeblieben, von knabenhaften Zügen, kleinem Schädel.

Was H.'s Verhalten in den der That vorausgehenden Stunden betrifft, so erschien er seiner Braut etwas angetrunken. Er fühlte etwas Kopfweh und Ermüdung. Einen Alkoholexcess hatte er thatsächlich nicht begangen. Er bot bei der Heimkehr nichts Auffälliges, legte sich mit den Anderen etwa um 10 Uhr zu Bett. Auch während der Katastrophe erschien er dem einzigen überlebenden Zeugen derselben (Schulz) nicht anders als sonst, nur etwas ängstlich. Die Insinuation, dass er zur Zeit der That irrsinnig gewesen sei, weist H. zurück. Er entschuldigt sie mit Schlaftrunkenheit. Wichtig ist noch das Verhalten seiner Erinnerung für die Zeit der That.

Er erinnert sich, dass er nach dem Zubettgehen sofort einschlief und datirt seine Besinnung erst von dem Zeitpunkt an, wo ihm der Revolver aus der Hand gewunden wurde. Den Revolver habe er nicht knallen hören. Er weiss, dass Sch. zu ihm sagte: „Sie erschiessen uns Alle“, er erinnert sich, dass er seine Opfer bluten sah. Weitere Erinnerungsdetails ergeben sich, ob vorhanden oder nicht, aus dem Kreuzverhör nicht. Ueber die Details seiner Flucht gibt H. keine befriedigende Auskunft — er weiss es nicht — indessen scheint er dafür doch eine Erinnerung, wenigstens eine summarische zu besitzen.

Die Gutachten von 3 Sachverständigen gehen dahin, dass sie an H. nichts Krankhaftes wahrgenommen haben, auch erscheint ihnen sein Geisteszustand zur Zeit der That nicht pathologisch; ein vierter hält seine That für das Product eines Krankheitszustandes auf epileptischer Grundlage, der fünfte erkennt in H. zwar den Verbrecher, findet aber in seiner erblich-nervösen constitutionellen Belastung und seinem infantilen Nervenleiden Momente, die eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen sträfliche Versuchungen (verminderte Zurechnungsfähigkeit annehmen lassen.

Die von der Vertheidigung beantragte Einholung eines Obergutachtens wurde vom Gerichtshof abgelehnt, „weil nach den gesetzlichen Vorschriften keine Nöthigung hierzu vorliege, im vorliegenden Falle (die Referenten der med. Oberbehörden hatten hier als Sachverständige fungirt) auch kein Nutzen zu erwarten sei“.

Die Geschworenen bejahten die Schuldfrage, der Gerichtshof fällte ein Todesurtheil. H. wurde zur Zuchthausstrafe begnadigt.

Existirte auch mit diesem Verdict Holtzapfel für das Strafgericht nicht mehr, so blieb er doch ein Problem für die Wissenschaft. Blieben doch so manche Zweifel ungelöst, waren doch in diesem Criminalfall bezüglich der Motive und des Mechanismus der Handlung so manche Widersprüche, während die medicinische Wissenschaft, obwohl sie in mehrfacher Hinsicht pathologische Erscheinungen an H. fand, doch nicht im Stande war, dieselben zu einer diagnostischen Formel zusammen zu fassen.

Die Berliner med. psychologische Gesellschaft unterzog sich in ihren Sitzungen vom 4. Mai und 1. Juni 1874 der dankenswerthen Aufgabe, den Fall Holtzapfel zum Gegenstand einer Discussion vor dem Forum der Wissenschaft zu machen.

Die Ansichten der Mitglieder waren ebenso getheilt wie die der Experten. Während Liman, Skrzeczka, Westphal, Falk Holtzapfel für einen Verbrecher erklärten, erkannten Wolff, Ideler, Mendel, Sander in ihm einen Kranken.

Die Discussion drehte sich in ihren Hauptpunkten:

1. um die Gesammtpersönlichkeit des Holtzapfel.

Wolff und Sander betonten die erbliche Disposition, den Schwachsinn, gewisse Anomalien der Körperentwickelung und die auffällige Charakteränderung zur Pubertätszeit, wozu nach W.'s Ansicht noch der instinktive Charakter seiner früheren Verbrechen, für die ein rechtes Motiv fehle, seine Zornmüthigkeit kommen. Nach ihm und Ideler ist H. ein epileptisch Irrer, nach Sander ein auf hereditärer Basis disponirtes Individuum, ein moralischer Idiot, während Westphal, Liman, Skrzeczka H. nicht schwachsinnig finden können und für eine Verbrechernatur, wobei allerdings organische Momente nicht ganz auszuschliessen sind, halten müssen. Die ersteren Anschauungen sind auf synthetischem, die letzteren auf vorwiegend analytischem Wege gewonnen.

2. Die Feststellung der Natur der Anfälle in der Kindheit.

Liman kann dieselben nicht als epileptische ansehen, denn eine Sistirung solcher durch Aufrütteln sei nicht beobachtet. Wenn sie epileptische wären, so wäre auch auffällig, dass sie keine schädliche Wirkung auf die psychischen Functionen hatten. Sie lassen sich noch am ehesten als Zufälle von Schlaftrunkenheit deuten, wozu überhaupt das sog. Aufschrecken der Kinder zu rechnen sein dürfte. Keineswegs lassen sie sich auf ein tieferes Leiden des Nervensystems beziehen, sind zudem seit Jahren nicht mehr vorgekommen, somit für die Beur-

theilung des Zustandes zur Zeit der That belanglos. Aehnlich Skrzeczka. Wolff sieht sich genöthigt, diese Anfälle von Aufschrecken bei ihrer langen Dauer und der fehlenden Erinnerung dafür für epileptoide zu erklären, desgleichen Ideler, der darauf hinweist, dass sie mit Bewusstlosigkeit einhergingen und bei einem Individuum vorkamen, in dessen Blutsverwandtschaft Epilepsie zu Hause ist. Auch die Möglichkeit, aus epileptischen Zuständen Leute zu erwecken, sei nicht ganz auszuschliessen. Mendel verweist auf die Erfahrung von Romberg, der solche Anfälle von Aufschrecken der Kinder als Vorläufer der Epilepsie beobachtete, Wolff auf Henoch und Hess, wonach diese Anfälle auf epileptoider Basis beruhen dürften. Der Hauptbeweis für seine Ansicht liege in der Congruenz der Erscheinungen.

3. Der Zustand H.'s zur Zeit seiner That.

Liman beweist, dass kein Zustand der Schlaftrunkenheit vorhanden war, das Verhalten nach der That wäre dann ein ganz anderes gewesen.

Auch um einen Zustand sog. psychischer Epilepsie könne es sich nicht handeln, denn weder prodromale noch postparoxysmale Erscheinungen fänden sich, die dafür sprächen, es fehle aber auch der für solche Zustände charakteristische affectvolle Aufregungszustand, der durch schreckhafte Wahnvorstellungen oder durch einen Wuthausbruch gekennzeichnet ist. H.'s Aeusserung „drunten stehen 2 Männer" imponirt ihm nicht als eine pathologische Erscheinung.

Einen anderweitigen Zustand von Bewusstlosigkeit anzunehmen, gehe auch nicht an, denn das Kriterium derselben sei die fehlende Erinnerung. H. behaupte sie zwar, besitze sie aber doch, wie seine Handlungen und widerspruchsvollen Aeusserungen erweisen. Gravirend in dieser Hinsicht sind seine Erzählungen des Vorfalls (2 Freunde erschossen, 4 Spitzbuben) im Frühstückskeller und beim Barbier u. s. w., und wenn er sich später dessen nicht mehr erinnern will, so sagt er die Unwahrheit. Ideler steht nicht an, aus H.'s ganzer Handlungsweise in jener Nacht auf einen Anfall von Sinnesverwirrung zu schliessen, auf einen transformirten, epileptischen Insult bei einem Individuum, das an Epilepsie litt und schwachsinnig wurde. H. hat offenbar hallucinirt, hat planlos, rücksichtslos, automatisch gehandelt, ebenso unsinnig und verworren benimmt er sich auf der Flucht.

Mit der Annahme von Epilepsie erkläre sich die von der Pubertät an erfolgte Charakteränderung, sein Wuth-Anfall gegen den Brotherrn, sein prodromaler ängstlicher Traum vor der Katastrophe.

Auch Wolff sieht in dem vorausgehenden ängstlichen Traum H.'s,

seinem ängstlichen Wesen zur Zeit der That, der Amnesie für dieselbe, Anhaltspunkte für eine transitorische (epilept.) Störung.

Sander hält dafür, dass der organisch belastete H. in einem Zustand von Sinnesverwirrung gehandelt habe, ohne sichere Beweise für die epileptische Natur jener finden zu können.

So blieb also auch vor dem Forum der Wissenschaft der Fall Holtzapfel ein unaufgeklärter, streitiger. H. wurde am 14. Juli 1874 in die Strafanstalt Halle eingeliefert, in welcher er sich seither befindet. Wir verdanken dem Leiter dieser Anstalt, Herrn Geh.-Rath Dr. Delbrück, einen interessanten Bericht (v. Archiv für Psychiatrie VI. H. 3) über den seitherigen körperlichen und geistigen Gesundheitszustand H.'s.

In diesem Bericht wird H. als ein im Allgemeinen gesunder aber schwächlicher Mensch von blasser Gesichtsfarbe bezeichnet. Er behauptet, häufig an Kopfschmerzen und Schmerzen in den Unterschenkeln zu leiden. Sonst ist er ohne körperliche Gebrechen.

Im Januar 1875 stand er einmal Nachts auf, kleidete sich an. Man nahm ihm die Kleider weg. Als man sie ihm des andern Morgens wieder brachte, that er ganz fremd, wusste von dem Nachts Vorgefallenen nichts. Sein Benehmen erschien nicht als ein verstelltes. Er klagte u. a. über Kopfschmerzen.

In der Folge ähnliche nächtliche Anfälle von „Nachtwandeln". Am 31. Mai Ruhranfall, der ihn während 8 Wochen unter sorgfältige Aufsicht ins Lazareth brachte. Während dieser Zeit 8 nächtliche Anfälle. H. schreckte mitten in der Nacht aus dem Schlafe auf, verliess das Bett, ging mit bleichem Gesicht, starr geöffneten Augen und schnellem, oft keuchendem Athem im Kreise herum. Kam er an die Wand, so betastete er sie und kehrte dann wieder um. Er reagirte in diesem Zustand nur auf Bespengen des Gesichts mit kaltem Wasser, erwachte dann aus seinem „schlaftrunkenen" Zustand, stürzte zu Boden, sah sich befremdet um, wusste nichts vom Vorgefallenen, blieb schwer athmend und keuchend auf dem Boden liegen, bis man ihn aufforderte, sich zu Bett zu legen. Er triefte dann von Schweiss, war durstig, schlief ruhig ein. Aufschreien, Sprechen kam in diesen Anfällen, die, wenn sie schwerer waren, eine halbe Stunde, sonst 10—15 Minuten dauerten, nicht vor. Nach denselben litt er jeweils an Kopfweh, war erschöpft, sah blass, elend aus, hatte frequenten Puls. In einem solchen Anfall zerstörte er den Ofen, auch in anderen Anfällen wurden complicirte

zerstörende Handlungen mit dem Charakter der Bewusstlosigkeit beobachtet. Intervallär Perioden von Kopfschmerz, schlechtem Schlaf, Schlaflosigkeit, bleichem Aussehen. H. leidet an häufigen Pollutionen nimmt in der Ernährung ab. Nie epileptoide Zufälle. Auffälliger Indifferentismus und Spuren von Gedächtnissschwäche. Moralische Führung tadellos.

Der erfahrene Berichterstatter steht nicht an, zu erklären, dass hier ein empirisch wahres Krankheitsbild vorliege — er nennt es Nachtwandeln auf epileptischer Basis — und dass die Mordthaten H.'s ganz gut in einem solchen Anfall begangen sein können.

Ich stehe nicht an, H. für einen Epileptiker zu erklären, auch ohne dass je in seinem Leben convulsive oder vertiginöse Symptome dieser Krankheit beobachtet wären. Das Vorkommen solcher „psychischer" Epilepsien ist wohl nie bezweifelt, aber erst durch Griesinger, Samt u. A. in neuester Zeit dem Verständniss und der klinischen Diagnose zugänglicher gemacht worden. Die Diagnose des epileptischen Grenzzustands lässt sich in derartigen forensisch wie klinisch gleich interessanten Fällen nur aus der Zusammenfassung aller pathologischen Thatsachen, der Lebensgeschichte und gewisser, der acuten psychisch epileptischen Störung eigenthümlicher Erscheinungen, somit auf synthetischem Wege gewinnen. Dann wird sie aber eine so sichere, als sie überhaupt auf diesem von der pathologischen Anatomie noch gar nicht beleuchteten Gebiet möglich ist. Resümirt man die über H. vorliegenden anamnestischen Daten, so findet sich zunächst eine exquisite Familiendisposition zu Hirnkrankheiten, speciell zu Epilepsie. Sie ist an und für sich bedeutungslos für H., wenn es nicht gelingt, an ihm Erscheinungen eines pathologischen Zustandes des Centralnervensystems aufzufinden. Solche finden sich aber gerade zahlreich bei ihm und schon in sehr frühem Lebensalter, zunächst als Anfälle von schreckhaftem Delir („sie wollen mich kriegen"), ähnlich dem bekannten nächtlichen Aufschrecken der Kinder. Es mag dahin gestellt bleiben, ob dieses durchaus auf epileptischer Basis sich findet, unzweifelhaft gewinnt es aber eine eminente klinische Bedeutung, wenn es beim Abkömmling einer epileptischen Familie sich findet, auch bei seiner Schwester vorkommt, die einzelnen Anfälle stereotyp wiederkehren, vollständige Amnesie hinterlassen, und mit dem Aufhören derselben eine tiefgreifende Aenderung des Charakters in pejus — Zornmüthigkeit, Zurückbleiben der körperlichen Entwickelung, geringe geistige

Fortentwickelung, instinctive Handlungen, Anfälle von Wuth, einmal mit „Zappeln" constatirt werden, Erscheinungen, die in ihrer Gesammtheit den Menschen dem damaligen Brodherrn unerklärlich erscheinen lassen.

Das sind Alles Symptome, wie sie bei jugendlichen Epileptikern häufig genug vorkommen, und gewiss würde jeder erfahrene Beobachter bei ihrem Vorhandensein zunächst an latente Epilepsie denken. Die Beobachtung hat an H. weder convulsive noch epileptoide Zufälle nachzuweisen vermocht. Wir müssen mit dieser Thatsache rechnen, ohne aber die Möglichkeit auszuschliessen, dass dennoch vertiginöse oder epileptoide Erscheinungen vorhanden waren, ohne zu vergessen, dass bei Epileptikern Jahrzehnte lang (Morel, Griesinger) das klassische Bild der E. fehlen kann. Eine beachtenswerthe Erscheinung bleibt immerhin Holtzapfel's Anfall von „Zappeln" auf der Gartenbank.

Ganz unvermittelt an diese früheren pathologischen Vorkommnisse in H.'s Leben reiht sich die Katastrophe in der Nacht vom 8./9. April 1873 — ein einfacher Raubmord, wie das Verdikt der Jury lautete, aber unter welchen Umständen! Der erste Eindruck, den mir die Durchlesung des trefflichen Falk'schen Gutachtens machte, war der des Unerhörten, eine zweite Lesung verschaffte mir die Ueberzeugung des Pathologischen des Falls. Die Voraussetzung, H. habe einen Raub an seiner Herrin begehen wollen, zu diesem Zweck die Klingelschnur abgehackt und seine Schlafkameraden zu erschiessen versucht, klang doch gar unwahrscheinlich. Die Gefahr, nicht sofort die drei tödtlich zu verwunden, in der Nachbarschaft gehört zu werden, war doch zu gross, der Umstand, dass H. dem Sch. selbst Licht anzündete, statt sein Heil nach misslungener Unthat in der Flucht zu suchen, dass er dem Sch. den Revolver an die Schläfe hielt, ohne zu schiessen, deutete eher auf Handlungen des Traum- als des wachen Lebens. Aber welches Traumzustands? Schlaftrunkenheit konnte selbstverständlich ausgeschlossen werden, Epilepsie lag nahe, aber das gewöhnliche Bild einer „Mania" epileptica oder eines epileptischen Delirs war offenbar nicht vorhanden. Der Fall blieb mir ein räthselhafter, bis Samts Arbeit (Archiv für Psychiatrie, V. H. 2; VI. H. 1) und eigene Erfahrungen (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXIII. H. 2) ihn aufklärten. H. befand sich zur Zeit seiner That in einem psychopathologischen Zustand auf epileptischer Basis, in einem Traum- oder Dämmerzustand, wie er eben nur bei gewissen Epileptikern vorkommt, mag er nun transformirter epileptischer Insult, epileptische Bewusstlosigkeit, Sinnesverwirrung oder sonstwie genannt werden. Als prodromale Erscheinungen desselben möchte ich H.'s ängstliches Träumen, Kopf-

schmerz, Müdigkeit und wie angetrunkenes Wesen ohne vorausgehenden Alkoholexcess auffassen.

Auch sein ganzes Verhalten während der Katastrophe deutet auf ein Traumbewusstsein, mit bald grösserer, bald geringerer Verdunkelung desselben. Eine partielle Aufhellung des Bewusstseins repräsentirt der Moment, wo er Sch. den Revolver an die Schläfe hielt, ohne zu schiessen, wo er sagt, er habe nur gespasst und werde Alles bezahlen, eine Wiederverdunkelung der Augenblick, wo er nach Sch., ihn offenbar neuerdings feindlich verkennend, wieder schiesst, während er doch kurz vorher dessen Leben geschont hat. Solche Schwankungen des Bewusstseins finden sich aber in epileptischen Traumzuständen.

Auf ein Gesammttraumleben deutet das Planlose, Unmotivirte, Unsinnige der gesammten Handlungsweise, das Verhalten auf dem Hof, die Rückkehr ins Zimmer, das Wiedererscheinen auf dem Hof in defecter Toilette etc.

Die Aeusserung „drunten stehen 2 Männer" kann ich nur für eine delirante halten, sie entspricht der Erzählung beim Barbier, dass Diebe eingebrochen seien und der Wahrnehmung Sch.'s, dass H. während der Tragödie ängstlich war; ferner seinem Herumspähen auf dem Hof, bevor er sich zur Flucht wandte.

Dem wechselnden Zustand des Traumbewusstseins entspricht die Erinnerung, die, wie bei allen epileptischen Traumzuständen, eine mindestens summarische ist, nur Bruchstücke aus dem Traumleben in sich begreift (Diebe eingebrochen, zwei Freunde erschossen) auch für die Erlebnisse der Flucht eine höchst summarische ist und auch bei der Ergreifung als eine confuse, dämmerhafte erscheint. Sein ganzes Benehmen in Berlin, der Umstand, dass er unaufgefordert dem Barbier seine hallucinatorische Räubergeschichte erzählt und sich damit mindestens verdächtig macht, beweisen, dass er damals noch nicht wieder lucid war.

Ueber H.'s Anfälle in der Strafanstalt kann kein Zweifel sein, dass sie epileptoide sind. Ich theile in dieser Beziehung ganz die Ueberzeugung des erfahrenen Berichterstatters derselben und verweise auf analoge Vorkommnisse bei den von mir beobachteten Kranken.

Weitere Reflexionen gestattet vorläufig der denkwürdige Fall H. nicht, aber er fordert dringend zu einem genauen Studium der noch gar nicht erforschten oder unter anderen Namen cursirenden, als epileptische verkannten eigenthümlichen Traum- und Dämmerzustände auf, wie sie eben nur bei Epileptischen, freilich mit oft fehlenden oder mindestens seltenen Krampfanfällen vorkommen, auf. Die klinisch-forensische Wichtigkeit ergibt sich aus dem Ausgang vorstehenden

Processes, der ein anderer gewesen wäre, wenn unsere Kenntniss der im Verlauf der epileptischen Neurose möglichen psychopathischen Zustände sich nicht auf die Schablonen der „mania epileptica“, des „grand“ und des „petit mal“ beschränkte.

Beob. 5. Epileptisches Irresein. Dämmerzustand, in welchem Patient ohne Motiv und bewusste Absicht eine Reise unternimmt.

Am 23. Februar 1876 Abends 10 Uhr wurde der 22 Jahre alte Martin Sch. aus Wien von der Sicherheitsbehörde dem allgemeinen Krankenhaus in Graz übergeben. Er hatte sich auf der Strasse herumgetrieben, einem Wachmann, der ihm begegnete, den Wunsch ausgesprochen, dieser möge ihn umbringen. Bei der Ankunft im Spital war er anscheinend lucid, ohne Fieber, der Kopf congestionirt, der Puls sehr voll und weich, der Gesichtsausdruck eigenthümlich befangen und verstört. Patient schlief einige Stunden und gab am andern Morgen mimisch frei und vollkommen lucid folgende Anamnese.

Die Mutter lebt im Armenhause. Sie ist ohne psychische Abnormitäten. Der Vater war ein Säufer, litt einmal an einem psychischen Aufregungszustand, in welchem er meinte, es werfe Jemand nach ihm mit Messern. Ein Vetter des Vaters ist geisteskrank, ein Bruder des Vaters apoplectisch. Der Sohn einer Schwester des Vaters ist im Irrenhaus gestorben. Von 19 Kindern ist Pat. das letztgeborne. 12 Geschwister sind im Kindesalter an unbekannten Krankheiten gestorben, 7 leben. Ein Bruder litt mit 12 Jahren an Convulsionen, eine Schwester an Krampfanfällen mit Bewusstlosigkeit. Als kleines Kind litt er an Convulsionen, die später sich nicht wiederholten.

Entwickelung war normal, Begabung eine gute. Seit seiner Kindheit habe er alle paar Wochen Anfälle von halbseitigem Kopfweh. Schon als kleiner Junge habe er oft bei geringfügiger Veranlassung an Angst gelitten. Diese unmotivirten Aengstlichkeiten befielen ihn noch bis in die jüngste Zeit — er komme dann ins Nachdenken hinein und sei erst nach einigen Stunden wieder frei davon. Ebenso kämen oft über ihn schmerzliche Stimmungen, in welchen ihn der Gedanke plage, dass er nie glücklich werden könne. Von jeher sei er intolerant gegen Alkoholica; wenn er nur 0,6 Liter Bier trinke, so fange gleich der Kopfschmerz an, sodass er sich vom Trinken enthalte. Kopfverletzungen, schwerer Krankheiten weiss er sich nicht zu erinnern, ebensowenig weiss er von Schwindelanfällen, nächtlichem Bettnässen. Patient wandte sich nach absolvirter Schule dem Schusterhandwerk im 11. Jahr zu, hatte aber keine Freude daran, ging nach

München, diente dort einige Monate als Krankenwärter (1870), wandte sich dann nach Wien, diente dort in verschiedenen Häusern. 1873 erwies er dem Sohn seines Hausherrn, der ein Paederast war, Liebesdienste, wurde von diesem reich beschenkt, später aber desavouirt.

1874 Ende Juli diente er in einem Café. Er fühlte sich eines Tages sehr unwohl, litt an heftigem Kopfweh. Er sah eine unheimliche Gestalt mit einem langen Messer auf ihn zukommen, gerieth in heftige Angst, fing an zu zerstören, fiel plötzlich bewusstlos um, blieb so eine halbe Stunde, kam auf das Beobachtungszimmer, wo er vom 30. Juli bis 7. Aug. verpflegt wurde, noch einige Zeit delirirte. Er wurde von da am 7. Aug. nach der Irrenanstalt gebracht, kam in dieser nach einigen Tagen wieder zum Bewusstsein, hatte aber vollständige Amnesie für Alles, was seit dem Zeitpunkt, wo er das Phantasma erblickte, vorgefallen war.

Pat. blieb bis zum 2. März 1875 in der Irrenanstalt. Er will mit Arbeit beschäftigt und von neuen Krankheitsanfällen verschont gewesen sein.

Anfangs April 1875 kam es zu einem ängstlichen Aufregungszustand. Er meinte, er werde eingesperrt, bekannte in seiner Angst einem Arzt, der ihn zu untersuchen hatte, dass er sich zu paederastischen Zwecken habe missbrauchen lassen.

Ende April lief er in die Wohnung des Baron Sz. Er meinte S. habe ihm Geld versprochen — er habe es sich eben so eingebildet — schon früher seien ihm so ungereimte Gedanken gekommen. Wegen dieser Affaire sei er von Neuem in die Irrenanstalt gekommen und dort vom 28. April bis 10. Sept. verpflegt worden. Er sei während dieser ganzen Zeit gesund gewesen, habe immer arbeiten können und sei dann von dem obenerwähnten Hausherrnsohn gegen Revers aus der Anstalt entnommen worden. Dieser schaffte ihn nach München. Von seinen dortigen Verwandten schlecht aufgenommen, ging er wieder nach Wien.

Gelegentlich eines Streites mit dem Hausherrnsohn sei er aus ihm unbekannten Ursachen am 12. December 1875 neuerdings auf das Beobachtungszimmer gekommen, habe dort dem Chefarzt Grobheiten gesagt, sei in die Irrenanstalt versetzt worden, habe dort aber keine Krankheitserscheinungen mehr geboten und sei deshalb am 6. Februar gesund entlassen worden. Die in diesen Anstalten eingezogenen Erkundigungen ergeben, dass Sch. seit 1874 mehrere, wenn auch nicht ernste Selbstmordversuche machte, diverse epileptische, bald convulsive, bald Tobanfälle hatte und unendlich reizbar war. Die Ursache seiner Aufnahme im December 1875 war ein Versuch gewesen, sich mit Laugen-

essenz zu vergiften. Er trieb sich nun vacirend herum, fand endlich am 23. Februar einen Dienst in einem Caffehaus, wo er Morgens eintrat. Schon beim Eintritt habe er sich unwohl gefühlt, stechenden Schmerz in den Schläfen gehabt, der sich fortwährend gesteigert und mit einer eigenthümlichen inneren Angst complicirt habe. Das Mittagessen habe ihm nicht geschmeckt, er sei — er wisse selbst nicht warum, von Hause fort, auf den Südbahnhof gelaufen, habe dort gefragt, wann ein Zug nach Graz abgehe, und da gerade einer bereit stand, habe er mit dem Rest seines Geldes ein Billet gelöst und sei eingesessen. Unterwegs habe er heftigen Kopfschmerz gehabt, ein ihm gegenübersitzender Herr habe ihn gefragt, warum er so trübsinnig dasitze. Während der Fahrt sei ihm plötzlich ein Licht gekommen, was er gethan, diese Anschauung sei ihm unterwegs immer deutlicher geworden. Bei der Ankunft in Graz sei er erst zur vollen Einsicht gekommen, was er für eine Dummheit gemacht. Ohne Geld und Bekannte dastehend sei er sehr deprimirt gewesen, habe sich an einen Wachmann gewendet. Er glaubt sich zu erinnern, dass er diesem gesagt, er fühle sich so unglücklich, dass dieser ihn umbringen solle, weiss er sich nicht zu erinnern. Ueberhaupt hat Patient von den Erlebnissen seit Eintritt in das Caffehaus Morgens bis zu diesem Zeitpunkt nach der Ankunft in Graz nur eine summarische Erinnerung. Aller weiteren Vorkommnisse erinnert er sich klar, wie er sich auch seiner Lage vollkommen bewusst ist. Er besinnt sich vergebens auf ein Motiv, nach Graz zu reisen. Er weiss nur, dass ein früherer Irrenwärter in Wien, der aus Graz gebürtig ist, ihm viel von dieser Stadt erzählt hat. Von seinem Kopfweh sei er erst am 24. Morgens frei geworden.

Pat. bietet in der folgenden Beobachtungszeit wenig Auffälliges, ausser eine grosse Gemüthsreizbarkeit und Neigung zu Kopfcongestionen. Seine vasomotorischen Nerven sind jedenfalls sehr erregbar, er erröthet bei geringfügiger Veranlassung. Intelligenz lässt nichts zu wünschen übrig, Bewusstsein nach keiner Richtung getrübt. Der Ausdruck der Augen hat etwas Unstetes, Neuropathisches an sich. Die Kopfbildung regelmässig.

Längsdurchmesser des Schädels 17,5 Ctm., parietaler 15,0, bitemporaler 10,0, Mastoidalbreite 13,5. Entfernung zwischen den Jochbögen 14,5; Entfernung von der Vereinigung der Lambdanaht bis zum Kinn 23,6. Gesichtshälften vollkommen symmetrisch. Der linke Eckzahn ist abnorm breit und steht 1^{m} höher als die andern Zähne. Das rechte Ohr ist um 0,5 Ctm. länger als das linke. Von perversem Geschlechtstrieb keine Spuren. Pat. ist den Weibern hold und hat sich

nur um Geld zu Paederastie hergegeben. Die vegetativen Organe functioniren normal, die Ernährung ist eine gute. Nach 10tägiger Beobachtung, die ausser grosser nervöser Erregbarkeit und Gemüthsreizbarkeit nichts Weiteres bot, wurde Pat. entlassen.

Epicrise. Auch hier handelt es sich um einen Menschen, in dessen Familie Hirnkrankheiten häufig vorkommen, und bei dem, wohl als Ausdruck einer hereditären Belastung, theils functionelle (Migräneanfälle seit der Kindheit; Intoleranz gegen Alkohol), theils anatomische (Zahn, Ohr) Degenerationszeichen sich vorfinden.

In der Kindheit bestehen Convulsionen. Erst im 20. Lebensjahre erscheinen wieder krampfartige Zustände. Sie sind selten, aber von sachverständigen Beobachtern constatirt und als epileptische erkannt. Als Aequivalente solcher ab und zu syncopeartige und transitorische Tobanfälle. Besonders deutlich ein solcher 1874, eingeleitet durch eine Aura (schreckhafte Vision), mit Amnesie für die ganze Dauer des epileptischen Delirs.

Als intervalläre, das Bild der epileptischen Neurose ergänzende Erscheinungen: hochgradige Gemüthsreizbarkeit, Zustände schmerzlicher Verstimmung (morositas epilepticorum) bis zu ganz impulsiv unternommenen Selbstmordversuchen.

Ausser diesen gewöhnlichen Zügen des epileptischen Krankheitsbilds finden sich nun 2 weitere, vielleicht als psychische Aequivalente des epileptischen Anfalls zu deutende temporäre Symptomencomplexe. Zunächst Angstanfälle, die schon von Griesinger (Archiv für Psychiatrie I) in diesem Sinne gedeutet werden, dann Dämmerzustände mit ängstlicher Färbung, Traumvorstellungen (1875 Affaire St.), ganz impulsiven, unmotivirten, unsinnigen Handlungen (Reise nach Graz) und nur ganz summarischer Erinnerung für die Erlebnisse dieses Dämmerzustands. Der letzte derartige Anfall entbehrt zudem nicht einer Art Aura — Unwohlsein, stechender Schmerz in den Schläfen, Appetitlosigkeit und begleitender vasomotorischer (Fluxion zum Gehirn, voller weicher Puls) und sensibler Symptome (Kopfschmerz).

Beob. 6. Epileptisches Irresein. Mehrwöchentlicher stuporartiger Dämmerzustand mit Delirien. Disciplinare Vergehen im Krankheitsanfall.

Herr Z., Offizier, 24 Jahre, ist wegen Veräusserung eines ihm von der Kriegsverwaltung zum Gebrauch überlassenen ärarischen Pferdes sowie wegen zahlreicher seit Anfang des Jahres 1875 contrahirter Wechselschulden und Nachlässigkeiten im Dienste in eine Disciplinar-

untersuchung verwickelt und mit Cassirung bedroht. Da sein Verhalten zur Zeit der angeschuldigten Handlungen den Verdacht einer Geistesstörung aus den unten erwähnten Gründen rege machte, wurde derselbe ärztlicher Beobachtung und Untersuchung unterstellt.

Anamnese und Species facti: Explorat stammt von gesunden Eltern. Im 3. Lebensjahre acute Hirnerkrankung, die ihn ca. 14 Tage des Gehörs und Gesichts beraubte. Später gesund bis 1869, wo er mit dem Pferd stürzte und mit dem Kopf gegen eine Barrière geschleudert wurde. Eine äusserliche Verletzung fand sich nicht an der Stelle des Insults (Vereinigungswinkel der Lambdanähte) vor, jedoch war Z. 12 Stunden bewusstlos, stand noch 14 Tage wegen Schwindel, Kopfweh an der Stelle des Traumas und Schlaflosigkeit in ärztlicher Behandlung und musste, da diese Beschwerden fortdauerten, vom Dienste beurlaubt werden.

Der Kopfschmerz bestand hartnäckig fort, exacerbirte jeweils bei kalter oder heisser Temperatur, sowie bei Gemüthsbewegungen und dem Genuss geistiger Getränke. Die Stelle des Trauma war dann so schmerzhaft, dass Pat. nicht den leisesten Druck daselbst zu ertragen vermochte. Dazu gesellten sich nächtliche Anfälle von Somnambulismus, Irrereden, krampfhaftem Zusammenschnüren der Kehle mit Erstickungsnoth. Bei entsprechender Pflege im elterlichen Hause milderten sich diese Zufälle. 1870 konnte Pat. wieder zur Truppe gehen. Er war im Allgemeinen berufsfähig, litt aber noch zeitweise an heftigem Kopfschmerz, wurde auffallend reizbar bis zur Stutzigkeit und zog sich dadurch mannigfache dienstliche Unannehmlichkeiten zu. Auch kam es zu häufigen Congestionen zum Gehirn und vertrug Z. keine geistigen Getränke mehr.

1872 stürzte Z. neuerlich vom Pferd. Als unmittelbare Folge Schwindel, Kopftaumel und 14tägiges Kranksein. In der Folge zeitweise Kopfschmerz, Schwindel, grosse Gemüthsreizbarkeit.

Im Sommer 1873 trat bei grosser Hitze nach dem Exerciren während des Mittagsmahls unter Kopfschmerz, Schwindel und Uebelkeit ein mehrstündiges schreckhaftes Delirium ein, aus welchem Z. mit nur höchst summarischer Erinnerung zu sich kam. In der folgenden Zeit viel Kopfweh, nächtliche Beklemmungen, Wandelbarkeit der Stimmung, insofern Heiterkeit und Reizbarkeit mit Trübsinn und Apathie wechselten. Der krankhafte Jähzorn steigerte sich bedenklich. Pat. konnte seinen Diener aus geringfügiger Ursache prügeln und gleich darauf darüber weinen, dass er sich so weit vergessen hatte.

Schon vor Jahresfrist kam Z. seiner Umgebung durch unmotivirten Stimmungswechsel sonderbar vor. Er ging aus heiterer Gesellschaft

plötzlich fort, eigenthümlich gedrückt, ohne sich zu verabschieden. Er besuchte Bekannte zu Zeiten täglich, dann kam er wieder Monate lang nicht. Zuweilen verlor er den Faden des Gesprächs und konnte sich gar nicht mehr entsinnen, was er sagen wollte. Um jene Zeit kam auch einmal Bettnässen im „Traum“ vor.

Nach einem Manöver im Sommer 1874 exacerbirte der Kopfschmerz so heftig, dass ärztliche Hilfe gesucht werden musste. In den letzten Monaten dieses Jahres traten wieder Angstanfälle mit schnürendem Gefühl im Hals und Druck in den Präcordien auf. Z. war unaufgelegt zum Beruf, trieb sich an öffentlichen Orten herum, contrahirte massenhaft Schulden, wurde nachlässig, vergesslich, klagte selbst über Gedächtnissabnahme. Wegen unbeachtet gelassener Befehle, Unverlässlichkeit in seinen Rapporten, Nachlässigkeit und Renitenz im Dienst zog er sich dienstliche Rügen zu. Zu jener Zeit traten auch wieder Erscheinungen von Schlafwandeln auf. Pat. war oft Morgens erstaunt über das veränderte, ihm unerklärliche Arrangement seines Zimmers.

Im Januar 1875 stellte sich eine länger dauernde Bewusstseinsstörung ein, die sich mit Hallucinationen, Delirien und ganz impulsiven, traumhaften Handlungen complicirte und nur eine ganz dämmerhafte Erinnerung für die in diesen Zeitabschnitt fallenden Ereignisse hinterliess.

Genau lässt sich der Beginn dieser Krankheitsperiode nicht fixiren. Schon einige Zeit vorher war Pat. seinen Eltern durch den religiös-schwärmerischen Inhalt seiner Briefe, durch eine mit Hast und gegen den Willen seiner Eltern betriebene Heirath, seinen Hang zum Grosschen, die vergessene und deshalb unterlassene Gratulation zu einem Familienfest auffällig geworden.

Vom 17. Januar ab war Pat. auffallend vergesslich geworden und hatte sich durch unterlassene Ausführung von Befehlen Unannehmlichkeiten zugezogen.

Am 26. meldete er sich krank wegen einer Muskelzerrung. Der Arzt fand ihn geistig abnorm und fürchtete den Ausbruch eines „Delirium tremens“.

Vom Januar und Februar liegen 3 Kutscherrechnungen vor über Fahrten, die Pat. gemacht hat. Die eine lautet von 9 Uhr Abends bis 4 Uhr früh, die andere von 11 Uhr Abends bis 3 Uhr Morgens, die 3. von 11 Uhr Abends bis früh 4 Uhr. Pat. erinnert sich nur ganz traumhaft an eine dieser ganz unmotivirt unternommenen nächtlichen Spazierfahrten — er weiss weder, wo er herumkutschirt ist, noch ob er den Kutscher bezahlt hat.

Am 28. Januar verpfändete Pat. seine Pferde, darunter ein ara-

risches. Er war damals arg von Gläubigern bedrängt wegen contrahirter Schulden, unter denen sich einige befanden, von denen er gar nicht wusste, wie er dazu gekommen war.

Auch der Umstände der Pferdeverpfändung erinnert sich Pat. nur ganz traumhaft. Der Schuldschein sei ihm von einem wucherischen Wirth, der ihm gegen hohe Procente Geld geliehen hatte, dictirt worden. Er weiss nicht, was im Schuldbrief gestanden, er habe die fatale Geschichte von der Pferdeverpfändung erst Ende Februar von seinem Vater erfahren. Er weiss nicht, wieviel Geld er vom Wirth erhalten, ob der Wirth zu ihm gekommen, oder er zum Wirth gegangen sei. Ueberhaupt hat er von der ganzen Zeit von Mitte Januar bis zum 25. Februar nur eine ganz confuse Erinnerung. Er sei allmälig ganz betäubt worden, wenn er auch noch im Stande war, mit der Aussenwelt zu verkehren. Der Zustand habe mit confusem Lärm im Zimmer und Flimmern vor den Augen begonnen. Er habe sich etwa eine Woche lang im Zimmer eingeschlossen (Anfang Februar), ohne dass er wusste warum. Er weiss aus jener Zeit nur, dass er eine Menge Briefe schrieb, über deren Verbleib, Adresse, Versendung und Inhalt er keine Rechenschaft zu geben weiss. Er habe mit wahrer Wuth oft bis tief in die Nacht hinein geschrieben. Es kam ihm vor, dass er eine hohe Persönlichkeit erwarte, der er seine Aufwartung machen müsse.

Dass er mit dem Säbel dreinschlagen wollte, allerlei Verkehrtheiten machte, weiss er nur aus den Erzählungen Anderer.

Etwa am 8. Februar ist Z. einmal Nachts in ein Gasthaus gerathen und erwachte zu seinem nicht geringen Erstaunen am anderen Morgen in einem fremden Zimmer. Warum und wie er dorthin gerathen, bleibt ihm ein Räthsel.

In den letzten Tagen vor seiner Aufnahme ins Hospital ist er auch wiederholt im Theater gewesen. Er weiss weder was für ein Stück er dort gesehen, noch wie er dahin gekommen.

Bei der ärztlichen Exploration am 22. Februar befindet sich Z. in einem stuporartigen Dämmerzustand. Er ist kaum fähig zu Mittheilungen über sein Befinden. Mühsam erfährt man, dass er heftigen Kopfschmerz habe, ängstlich, appetitlos sei. Die Stelle des Vereinigungswinkels der Lambdanaht ist enorm schmerzhaft, selbst auf den leisesten Druck. Der Druckschmerz irradirt nach allen Seiten. Eine Narbe oder Knochenveränderung ist an dieser Stelle nicht constatirbar.

Der Gesichtsausdruck ist ängstlich, staunend, maskenartig starr. Pupillen mittelweit, träge reagirend. Carotiden- und Radialpuls klein, Arterie contrahirt, 84. Hände kühl, etwas livid. Herztöne matt.

Zunge dick belegt. Körpergewicht 61 Kilo, während Pat. früher 71 gewogen haben soll.

Der Schlaf schlecht, durch ängstliches Aufschrecken gestört. Unter Tags Schlafsucht, träumerisches Versunkensein, grosse Reizbarkeit und continuirlicher Kopfschmerz.

Am 25. Abends Anfall von klonischen allgemeinen Krämpfen mit Bewusstlosigkeit. Die Nacht über ab und zu Streckkrämpfe des Rumpfes, Zucken der Extremitäten und Frostschauer.

Am 26. Morgens ist der Stupor gewichen. Pat. ziemlich frei in Sensorium und Mimik, der Kopfschmerz gemässigt. Die Erinnerung für die Erlebnisse des Dämmerzustandes von Mitte Januar bis zum 25. Februar ist eine vage, höchst summarische.

Da die epileptische Natur des Leidens klar zu Tage lag, bekam Pat. 6,0 Bromkali täglich und kalte Abreibungen.

Bis zum 31. März ist Pat ziemlich frei im Sensorium, aber schwer nervenleidend.

Sein Schlaf ist unruhig, von lebhaften schreckhaften Traumbildern durchwebt. Der Kopf schwer, eingenommen, schwindlich. Fast continuirlich leidet Pat. an einem dumpfen Kopfschmerz auf der Scheitelhöhe und in der rechten Schläfengegend. Er ist unfähig zu geistiger Beschäftigung, sehr gemüthsreizbar und vergesslich. Häufig Bangigkeit und Druckgefühle in den Praecordien. Bei jeder Gemüthsbewegung stellen sich prickelnde wuselnde Gefühle am ganzen Körper ein. In den Händen häufig Ameisenlaufen, Gefühl von Todtsein. Die Reflexerregbarkeit ist gesteigert. Pat. fährt bei Geräuschen zusammen, ab und zu Tremor der Hände, zuckende Stiche in den Extremitäten. Häufig Fluxionen zum Gehirn mit Flimmern vor den Augen, erschwertem Denken bei Kältegefühl, Frostschauer und Cyanose an den Extremitäten. Grosse Mattigkeit und Muskelschwäche bei objectiv intacter Muskelkraft. Zeitweise Gefühl von Schwere der Zunge und erschwertem Sprechen. Das Körpergewicht sinkt auf 59 Kilo. Der Puls andauernd klein, celer, contrahirt, 90—96.

Am 31. März stellte sich ein rauschartiger Betäubungszustand ein. Pat. empfindet Schwindel, das Gesichtsfeld ist verschleiert, Geruchs- und Geschmacksempfindung bedeutend herabgesetzt. Klagen über reifartiges Gefühl um den Kopf.

Am 6. April wird Pat. mimisch freier, sicherer in den Bewegungen, der Puls voll, die Arterie weicher; die Beschwerden sind, bis auf das reifartige Druckgefühl um den Kopf, geschwunden. Pat. besitzt nur eine ganz summarische Erinnerung für die Erlebnisse der letzten Woche.

Er fühlte sich ziemlich wohl bis Anfang Mai, wo Pat. in einen mehrstündigen Dämmerzustand verfiel, in welchem er im Halbschlummer dalag und vor sich hinmurmelte. Für diesen Zustand vollständige Amnesie. Seitdem Hände wieder kalt, leicht cyanotisch. Gefühle, wie wenn der ganze Kopf in einem Eisbeutel stecke. Morgens fühlt sich Pat. jeweils matt, betäubt, schwer im Kopf. Wiederholt werden nächtliche Anfälle von Aufschrecken mit Erstickungsnoth constatirt. Der Schlaf ist schlecht, von ängstlichen Träumen gestört. Pat. klagt häufiger über Kopfweh, ist wieder sehr reizbar, gedächtnissschwach.

Ende Juni verlieren sich wieder diese Erscheinungen. Der Juli verläuft gut. Pat. erholt sich geistig und körperlich bis zum 29. Juli, an welchem Tage nach Genuss von Bier und einer Gemüthsbewegung ein genuiner epileptischer Anfall mit postepileptischen, ängstlichen mehrstündigen Delirium und nachfolgendem 1tägigem Stupor auftritt.

Pat. wird auf's Land zur ferneren Pflege geschickt und die Beobachtung geschlossen.

Gutachten.

1. Herr Z. leidet seit dem Jahre 1869 an einer schweren Hirnkrankheit.
2. Dieselbe ist die directe Folge einer gelegentlich eines Sturzes vom Pferd erlittenen Läsion des Gehirns.
3. Die Krankheit des Patienten lässt sich als epileptische bezeichnen.
4. Die mannichfachen nervösen und psychischen Störungen, welche seit 1869 an Herrn Z. constatirt wurden, gehören sämmtlich dem Krankheitsbild der Epilepsie an und erweisen sich durch Entwickelung und Verlauf als empirisch wahre.
5. Die unmittelbare Folge des Gehirninsults waren die Erscheinungen einer Gehirnerschütterung (Bewusstlosigkeit, Schwindel), die locale ein auf die Stelle des Trauma beschränkter Kopfschmerz, der sich bis zur Stunde als fortbestehend erweisen lässt.

   Die ersten Zeichen der epileptischen Neurose bestanden in Anfällen von Somnambulismus, Irrereden und Schlundkrämpfen, an deren Stelle später solche von Delirium (1873), Angst, momentaner Bewusstlosigkeit, Stupor mit Delirien und impulsiven Handlungen traten, bis endlich das paroxysmelle Bild der Krankheit durch am 25. Februar 1875 aufgetretene convulsive Paroxysmen sich vervollständigte.

   Auf wahrscheinlich schon früher dagewesene ähnliche Anfälle deutet das einmal 1874 vorgekommene Bettnässen.

Als intervalläre Symptome der Krankheit ergeben sich Reizbarkeit bis zu Ausbrüchen von Jähzorn (Prügelung des Dieners), grundloser Stimmungswechsel, Congestionen zum Gehirn, Intoleranz für spirituöse Getränke und Kopfweh. In neuerer Zeit haben sich auch Gedächtnisschwäche und Charakterveränderung eingestellt.

6. Von Mitte Jannar bis 25. Februar 1875 befand sich Herr Z. in einem Zustand von Stupor mit zeitweisem Delirium.

Die epileptische Natur dieses Zustandes von Sinnesverwirrung ergiebt sich klar aus der theilweise fehlenden oder nur ganz summarischen Erinnerung des Kranken für diese Krankheitsperiode, den impulsiven Handlungen (nächtliche Spazierfahrten, Uebernachten im Gasthaus u.s.w.), sowie aus den Anfall auraartig einleitenden Sinnestäuschungen (confuser Lärm, Flimmern vor den Augen), der stuporartigen Bewusstseinsstörung, die indessen noch einen traumartigen Verkehr mit der Aussenwelt zuliess, endlich aus dem Abschluss des paroxysmellen Krankheitsbildes durch einen epileptischen Insult.

7. Die Verpfändung der Pferde, welche am 28. Jannar stattfand, fällt in die Zeit dieses stuporartigen Traumzustandes. Die fehlende Erinnerung für die Details dieses Geldgeschäftes beweist an und für sich schon, dass es in einem psychisch-krankhaften Zustand unternommen wurde. Die vor- und nachher beobachteten Erscheinungen einer Sinnesverwirrung, wie sie bei Epileptikern ganz gewöhnlich ist, lassen keinen Zweifel zu, dass Herr Z. damals psychisch krank war.

8. Obwohl der Kranke in der Zeit von Mitte Jannar bis Ende Februar im Stande war, mit der Aussenwelt zu verkehren, war er dennoch des Selbstbewusstseins verlustig und ausser Stande, die Bedeutung seiner traumartig vollzogenen Handlungen zu erkennen.

Er kann deshalb weder moralisch noch rechtlich für dieselben verantwortlich gemacht, noch kann etwa in diesem Zustand von ihm eingegangenen Verbindlichkeiten irgend eine rechtliche Geltung zuerkannt werden.

9. Die Krankheit des Herrn Z. muss als eine schwere, indessen nicht unheilbare erklärt werden.

10. Es ist unerlässlich, dass derselbe für längere Zeit von seinen dienstlichen Verpflichtungen entbunden wird und sich einer voraussichtlich mehrmonatlichen ärztlichen Behandlung unterwirft.

Auf Grund dieses Gutachtens wurde von disciplinären Schritten gegen Z. abgestanden und ein mehrmonatlicher Urlaub bewilligt.

Im November präsentirte sich Z. der explorirenden Commission völlig wiederhergestellt. Er ist körperlich vollkommen wohl, geistig wieder die alte Persönlichkeit, vollkommen leistungsfähig. Seit Ende Juli waren keine Symptome des schweren Nervenleidens mehr zu constatiren. Z. wurde reactivirt und blieb gesund.

Dritter Aufsatz

(1898).

Die klinische Betrachtung und Beurtheilung der Dämmer- und Traumzustände hat von der Thatsache auszugehen, dass sie Reactionserscheinungen des Bewusstseinsorgans auf unbekannte Veränderungen desselben darstellen, die bei verschiedenen functionellen und organischen Erkrankungen des Centralnervensystems episodisch vorkommen können.

Dämmer- und Traumzustand stellen offenbar nur Gradstufen gestörten Bewusstseins dar, scheinen qualitativ nicht wesentlich unterschieden und können jederzeit in einander übergehen.

Sie lassen sich phänomenologisch den noch physiologischen Zuständen des Halbschlafes und des Traumes zur Seite stellen.

Ob es je dazu kommen mag ihre anatomischen Grundlagen zu ergründen, muss dahingestellt bleiben.

Für die klinische Forschung erscheint es immerhin erreichbar, festzustellen, unter welchen Bedingungen es zur Entstehung von Dämmer- und Traumzuständen kommen kann, woraus sich dann diagnostische Rückschlüsse ergeben.

Als Griesinger[1] in seinem Archiv I p. 320 in einem Aufsatz über „einige epileptoide Zustände“ zuerst jener Erwähnung that, kannte man solche Traumzustände nur in einem noch zweifelhaften

---

1) Griesinger erwähnt das Vorkommen „hallucinatorischer Traumzustände“ und spricht die Ansicht aus, dass „das Gebiet dieser ganz unvollständigen und daher gar nicht selten verkannten epileptoiden Zustände noch weiter ausgedehnt werden muss und dass es bisher zum Theil wenig gekannte Krankheitszustände in sich aufzunehmen hat“. Leider blieb durch des Meisters jähen Tod die versprochene Schilderung dieser hallucinatorischen epileptoiden Traumzustände der Wissenschaft vorenthalten.

klinischen Zusammenhang mit Epilepsie. Daher ihre Bezeichnung als epileptoider.

Die Bezeichnung dieser Zustände als epilepsieähnlicher charakterisirt die Unzulänglichkeit unserer klinischen Kenntnisse hinsichtlich ihres Wesens und ihrer Bedeutung.

Die fortgeschrittene Erfahrung beweist, dass solche Zustände auch im Rahmen der Neurasthenie, der Hysterie, des Alkoholismus, der progressiven Paralyse und der Lues cerebralis vorkommen.

Daraus erwächst die Nöthigung, die klinische Kundgebung dieser Bewusstseinsstörungen auf der Grundlage dieser verschiedenen Grundkrankheiten zu ermitteln und eventuell klinische differenzirende Merkmale ausfindig zu machen.

Gelingt dies, so giebt es keine „epileptoiden" Dämmer- und Traumzustände mehr, sondern epileptische, hysterische, neurasthenische u. s. w. und ist die Möglichkeit gegeben, aus einem episodischen Symptomencomplex auf die Grundkrankheit einen Rückschluss zu machen.

Das Gelingen eines solchen Versuchs wäre nur unter der Voraussetzung möglich, dass, unbeschadet einer einheitlichen Veränderung im Bewusstseinsorgan als Grundlage dieser Zustände, diesem pathologischen Reactionsmodus des Gehirns, durch im Spiel befindliche Neurose oder Gehirnkrankheit, besondere klinische Nuancen aufgeprägt bekäme.

Die im 1. Heft p. 50—64 dieser Abhandlungen gemachten Versuche, neurasthenische und epileptische Dämmer- und Traumzustände klinisch von einander zu differenciren, lassen einen solchen Versuch zwar schwierig, aber nicht aussichtslos erscheinen.

Gelänge es nicht differenzirende Merkmale in den Anfallsbildern aufzuweisen, so liessen sich nur das Gesammtkrankheitsbild, zunächst abgesehen von dem episodischen psychischen Insult, und ev. die Art und die Umstände, unter welchen diese episodischen Bilder einsetzen, zur Diagnose verwerthen.

Für die Diagnose der Grund- (neurose) krankheit erschwerend ist aber hinsichtlich der Epilepsie die thatsächliche Seltenheit gut charakterisirter epileptischer Anfälle in der Vorgeschichte solcher Fälle von Dämmer- und Traumzustand, die meist nur anamnestisch und aus Laienschilderung zu entnehmende Ermittlung solcher Insulte, wobei es kaum möglich sein wird, solche von Hysteria gravis und von genuiner Epilepsie auseinanderzuhalten.

Positive Stigmata einer bestimmten Neurose sind hier ebenfalls nur mit Vorsicht zu verwerthen, da sie das gleichzeitige Bestehen

einer anderen Neurose und deren ausschlaggebende Bedeutung für das concrete Zustandsbild nicht ausschliessen.

Bezüglich Hysterie ist es überdies möglich, dass solche Dämmer- und Traumzustände monosymptomatisch und dauernd als psychische Aequivalente von Hysteria gravis-Anfällen vorkommen können.

Bei Zuständen im Anschluss an einen alkoholischen Excess bleibt vielfach die Frage offen, ob jene die ausschliessliche Folge einer alkoholischen Intoxication sind oder mittelbar durch Alkoholepilepsie hervorgerufen.

Hinsichtlich der Umstände, unter welchen diese Dämmer- und Traumzustände einsetzen, scheint nicht unwichtig, dass die neurasthenischen immer durch palpable occasionelle Momente von cerebral erschöpfender Wirkung (Inanition, Surmenage, Agrypnie u. s. w.) zu Stande kommen, die hysterischen durch psychische Noxen (Affekt), die epileptischen spontan durch innere Vorgänge oder durch Alkohol u. a. mehr organisch wirkende Noxen.

Vorweg scheint es mir auch annehmbar, dass Stupor, wo immer er vorkommt, epilepsieverdächtig ist, nicht minder das Ausklingen von Delirien eines traumhaften Zustands durch einen Dämmerzustand.

Für das Studium und die eventuelle Verwerthung der paroxysmellen und speciell der psychischen Symptome erscheint die Gewinnung prägnanter Fälle von Dämmer- und Traumzustand auf sichergestellter neurotischer bezw. cerebraler Grundlage wünschenswerth.

Epileptische Dämmer- und Traumzustände.

Beob. 7. Am 11. 12. 1897 wurde ein etwa 18jähriger Bursche auf einem öffentlichen Platz in Wien polizeilich beanstandet, da er durch sein Benehmen, Rufen, Gestikuliren Anstoss erregte. Er sprach unaufhörlich und ganz unverständlich, anscheinend in verschiedenen Sprachen, war zu keiner Antwort zu bringen und wollte beständig auf und davon.

Noch vor Eintreffen des Polizeiarztes wurde er von einem Krampfanfall befallen, der dem Wachmann als epileptischer imponirte.

Abends 8 Uhr in der Irrenabtheilung im Spital aufgenommen, war er ruhig, liess sich entkleiden, ging dann mit einer umgeschlagenen Bettdecke gravitätisch im Zimmer auf und ab und erklärte auf Fragen, er sei Kaiser Ludwig II., Kaiser von Deutschland, König von Preussen. Er sei hier im Burghof von London, sei geboren in Berlin, spreche aber nicht deutsch, sondern ungarisch, polnisch und böhmisch. Er nahm Nahrung, legte sich zu Bett, schlief ein und erwachte am 12. 12. früh 6 Uhr.

Er hielt nun sofort eine Rede in einer Phantasiesprache, in welcher sich ungarische und polnische Elemente fanden. Es schien eine Anrede an das Volk zu sein. In derselben kamen oft die Worte: „Burghof, shoking, Carl Ludwig II.“ vor.

In überstürzten Redefluss setzte er durch Stunden seine Ansprache fort, dabei lebhaft gestikulirend.

In ein Gitterbett gebracht, rief er nach dem russischen Kaiser und nach einem Säbel, um sich zu befreien. Eine das Zimmer passirende Wärterin apostrophirte er als „Königin Victoria“. Eine Probe seines überstürzten verworrenen Gedankenganges ist folgende: „wie immer, Schwarzes und Breg, das ist stummheil, eins, zwei, das ist wisturie, mastur, endaweg, schere, schwag, ster, pfui, Schweinstall, sloking, stowasing, kwengtohanl.“ Von 10—12 Uhr Vormittags Schlaf. Erwacht, ist er ruhiger, zugänglicher.

Pat. klein, gracil, blass, schlecht genährt. Cranium H. U. 515 mm, mit blasig aufgetriebenen Seitenwandbeinen, entschieden rachitisch. Zähne defect. Temperatur normal, Puls 80, vegetativ kein Befund. Er ist nach wie vor deutscher Kaiser Carl Ludwig mit Zunamen „Tudor“. Hier ist eine Militärkanzlei. Er möchte Leberknödelkaffee haben.

Heute ist Mittwoch 3. Juli 1828.

Er ist 15 Jahre alt, geboren 1812. Seine Schwester heisst Bertha, wohnt in Berlin und ist auch Königin von Deutschland. Pat. erinnert sich vom 1. 7. 97 ab 3 Wochen beim Kaiser von Oesterreich in Wien gewohnt zu haben. Von den jüngsten politischen Vorgängen in Oesterreich weiss er nichts. In die Schule ist er in Berlin gegangen. Es war nur eine Volksschule.

Er macht diese Angaben nur auf eindringliches Befragen, ganz affectlos, bemerkt nicht die Widersprüche in seinen Angaben, auch wenn man ihn darauf aufmerksam macht. Er wundert sich auch nicht, dass man ihn als König alles Mögliche ausfragt. Aufgefordert, seinen Namen zu schreiben, schreibt er H. . . Max geb. in Berlinn, Spittelauerlände 6. XII.

Berlin hat 2i Bezirke: 1. Stadt, 2. Alsergrund, 3. Landstrasse, 4. untere Donau, 5. Rodengasse, 6. Margarethen u. s. w.

Neuerlich nach seinem Namen gefragt, erklärt er sich als Carl Ludwig, der Max H. sei sein Cousin.

Den Rest des Tages verdämmert Pat. Die Nacht vom 12/13. bringt er in tiefem Schlafe zu.

Am 13. weiss er sich in Wien, heisst anfangs „Srichta Vechte“, dann „Sezrazchticht anzamyein“, geräth wieder ins Reden, das augenscheinlich Englisch imitiren soll, hält Ansprachen wie am Vortag, ist

neuerlich deutscher Kaiser, im Burghof in London u. s. w. Nachmittags betet er andächtig und wiederholt in endloser Wiederkehr „Herr büsse für uns unsre Sünden und erhebe unseren Stand wieder“.

Da Pat. Abends unruhig wird und nicht einschläft, erhält er Chloral, schläft die Nacht über gut und erwacht am 14. früh als Kaiser von Grossbrittanien, geb. in Krakau, 26 Jahre alt. Die Umgebung verkennt er als Fürsten u. s. w. Später ist er wieder deutscher Kaiser, im Burghof in Dresden.

Er ist heute ruhig, dämmerhaft. Seit man seinen Kopf gemessen hat, verlangt er öfters nach der ihm gestohlenen Krone. Er spricht heute fliessend deutsch.

Um 7 Uhr Abends wird Pat. lucid und er heisst Ladislaus Sortt, ist Friseur, kam vor 3 Wochen, um Stelle zu finden, nach Wien.

Seine Erinnerung bricht am 11. 12. auf einem Spaziergang in der Stadt ab. Seither Amnesie bis zum 14. Abends.

Seit 3 Jahren hatte er zeitweise „Ohnmachtsanfälle“, verlor deshalb seine Stelle. Seit 1 Jahr schlechter Schlaf.

15. 12. Nach guter Chloralnacht orientirt im Grossen und Ganzen, aber dämmerhaft. Er beginnt bald wieder zu fabuliren von seiner Cousine Bertha, der Königin von England, von einem Aufenthalt in London vor Jahren, wo er mit Cavalieren jagte u. s. w. Er hält Personen der Umgebung für Verwandte, Könige u. s. w. Gelegentlich fragt er den Wärter, ob er nicht die Mutter Gottes in ihrem rothen Gewande habe weggehen sehen.

Er ist Kaiser von Deutschland, von England und König von Polen. Kaiser Franz Josef ist sein Onkel.

Heute Abend 3 epileptische Anfälle mit postepilept. Verworrenheit, in welcher er ausschliesslich polnisch spricht.

Nach guter Chloralnacht ist er am 16. früh lucid, mit summarischer Erinnerung für die Erlebnisse des Vortags, bis Nachmittags 4 Uhr.

Von da ab Amnesie.

Er erinnert sich, dass er am 11. spazieren ging, plötzlich Kopfweh, Schwindel, Erbrechen bekam, von einem Polizisten fortgeführt wurde, dann ins Spital kam, eine schwarze Medicin (Chloral) erhielt. Nun bricht seine Erinnerung ab. Pat. noch recht dämmerhaft und sich selbst überlassen noch ab und zu in hallucinatorische Verwirrtheit gerathend.

Bis zum 19. Abends dann lucid, geordnet bis auf gelegentliche Personenverwechslung.

Am 19. Abends klassischer epileptischer Anfall, mit kurzer postepilept. Verwirrtheit.

Am 21. Abends epil. Insult. Nach guter Chloralnacht Wiedereinsetzen des früheren delirant verwirrten Zustandes.

So bis zum 27. 12. Nun dauernd lucid, mit Amnesie für die neuerliche Episode. Genesen entlassen am 1. 1. 1898.

Beob. 8. L., Buchbindergehilfe, 20 J., erschien am 8. 6. 1897 Morgens beim Staatsanwalt in Wien mit der Erklärung, er habe vor dem Thor des Landesgerichts einen Mord begangen. Er habe einen Mann umgebracht, weil dieser ihn verfolgt habe. Er lasse sich nicht einsperren, sondern nur aufhängen. Man möge ihn sofort justificiren. Ob denn der Galgen schon aufgerichtet sei?

Bei der Aufnahme in der psychiatrischen Klinik um 3 Uhr Nachmittags erscheint L. ruhig, ohne Zeichen von Angst oder Verwirrtheit, erkennt sofort, dass er hier in einem Spital sei, weiss aber keinen Grund dafür. Er macht einen dämmerhaften Eindruck, sein Gedankenablauf ist sichtlich erschwert. Er antwortet aber ganz geordnet auf Fragen und berichtet in zusammenhängender Darstellung Folgendes:

„Es war heute Nachts gegen 4 Uhr Morgens, als mich ein böser Traum weckte. Ich träumte, von einem Individuum mit gezücktem Messer verfolgt zu werden und ihm nicht entkommen zu können. Darüber erwacht, konnte ich mich jedoch nicht beruhigen, auch nicht mehr einschlafen, stand um 6 1/2 Uhr auf und begab mich nach eingenommenem Frühstück an mein Geschäft, zu welchem der Weg über die Alserstrasse führt. Als ich auf die Strasse kam, sah ich, wie mein Traum angezeigt hatte, ein Individuum mit gezücktem Messer auf mich zutreten. Ich trachtete demselben aus dem Wege zu gehen, was mir aber nicht gelang. Endlich übermannte mich der Zorn. Ich sprang auf ihn zu, schlug ihn mit beiden Fäusten derart auf die Schläfe, dass er anscheinend todt zu Boden sank. Hierauf begab ich mich, verfolgt von dem Schimpfen der Leute, auf das nahe Landesgericht, wo ich mich selbst stellte. Von dem Weiteren weiss ich nichts."

Thatsächlich hat Pat. einen Erinnerungsdefect, der vom Eintritt ins Landesgericht bis zur Aufnahme in der Klinik reicht und etwa 7 Stunden umfasst.

Pat. glaubt es sei Montag der 7. Nachmittags. Er berichtet noch, dass er am Vorabend 2 Glas Bier getrunken habe, was ihm immer schlecht bekommen sei. Er klagt über Druck im Hinterkopf, an dem er schon öfters gelitten habe. Percussion daselbst ist leicht schmerzhaft. Stigmata hysteriae aut Neurastheniae sind nicht aufzufinden. Er ist kräftig gebaut, schlecht genährt. Der Schädel ist rachitisch,

leicht [illegible] aufgetrieben, Umfang 54,5. Mitten auf dem linken Os parietale findet sich eine 3 cm lange, 0,5 cm breite sagittal gestellte Narbe mit Knochenrinne, herrührend von einem Trauma im 4. Lebensjahre (Rissquetschwunde mit starkem Blutverlust, angeblich durch 2 Tage bewusstlos gewesen). Narbe nicht empfindlich. Das rechte Ohr kleiner als das linke. Pupillen mittelweit, prompt reagirend. Keine Gesichtsfeldseinschränkung. Kein Tremor. Negativer Befund von Seiten des Nervensystems. Vegetativ normal. Kein Fieber. Pat. verhält sich ruhig, affectlos, schläft gut, spricht spontan nichts, erscheint dämmerhaft, in sich concentrirt, schreckt, wenn angesprochen, leicht zusammen, antwortet prompt, hält an seinem Wahn fest, lässt sich nicht belehren, begreift nicht, warum er im Spital sei, da er ja als Mörder ins Landesgericht gehöre. Er erwartet affectlos seine Hinrichtung, schreibt geordnete Abschiedsbriefe an Eltern und Geschwister, worin er mittheilt, dass er am Fuss des Galgens stehe. „Blut will wieder Blut."

11. 6. Bisher unverändert. Heute nach guter Nacht verschlafenes Wesen, mangelnde Aufmerksamkeit, Klagen über diffusen Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen. Kopf sehr druckempfindlich, rasche geistige Ermüdung beim Gespräch. Pat. theilt heute dem Arzt vertraulich mit, er werde morgen behaupten, er habe sich Alles nur eingebildet, damit man ihn aus dem Spital entlasse. Er sehe keine andere Möglichkeit, ins Landesgericht zu kommen.

Am 12. behauptet Pat. richtig, er habe Niemand ermordet. Auf die Frage „wann"? fällt er aber sofort aus der Rolle und giebt als Tag und Stunde des Mordes „Montag um 7 ½ früh" an.

Im Lauf des Tages zeigen sich aber offenbar Ansätze zu wirklicher Correctur des Wahns. Zweifel an der Richtigkeit der Angaben und Bestrebungen, einen Ausweg zu finden. So behauptet Pat. Nachmittags, das Ganze sei nur eine Sinnestäuschung gewesen, ein Anderer habe den Mord begangen, er habe nur zugeschaut und sei irrthümlich als der Schuldige arretirt worden.

Die Entgegnung, dass wenn all dies nur Einbildung gewesen, sein Geisteszustand hier noch längere Zeit untersucht werden müsse, erregt Pat. heftig. Er bekommt heftiges Kopfweh, wirft sich aufs Bett, springt nach einigen Minuten wieder auf, bekennt sich als Mörder und droht, wenn man ihn nicht entlasse, werde er sich selbst justificiren. Nach einer halben Stunde wird Pat. ruhig, meldet sich zu einer Besprechung, erklärt, er habe unter heftigem Kopfschmerz die ganze vermeintliche Mordscene inzwischen nochmals durchgemacht.

Plötzlich sei er sich darüber klar geworden, dass das Ganze nur ein in die Wirklichkeit übertragener Traum gewesen sei.

Der amnestische Zeitraum vom 8. Morgens 8 bis Nachmittags 3 Uhr ist nun ausgefüllt.

Pat. erinnert sich, wie man ihn dem Arzt im Landesgericht vorführte, wie ihn Polizeileute bewachten und er endlich ins Spital gebracht wurde.

Er ist nun ganz lucid, mimisch frei, nicht mehr gehemmt, glücklich darüber, dass er nur in einem bösen Traum befangen war.

Pat. von gesunden Eltern, selbst ganz gesund bis vor 2 Jahren, ein braver, fleissiger, solider Mensch. Ein Bruder war geistesgestört.

Pat. berichtet, dass er nach Sturz von einer Treppe Herbst 1895 eine schwere Commotio cerebri hatte. Zwei Tage später stürzte er unter Flimmern vor den Augen zusammen und blieb 5' bewusstlos. Seither Alkoholintoleranz, oft Flimmern vor den Augen mit diffusem Kopfschmerz, in der Dauer von 5' bis zu 6 h. Am 19. 4. 1897 hatte Pat. ohne greifbaren Anlass neuerlich 2 Anfälle von bewusstlosem Umstürzen mit prodromalem Augenflimmern gehabt.

Pat. wurde bis zum 18. 6. 1897 auf der Klinik behalten und beobachtet. Keine neurasthenischen Symptome, keine Masturbation. Ausser fast täglichen Anfällen von Cephalaea, gegen die Antipyrin wirksam war, bot Pat. bis zur Entlassung keine Krankheitssymptome mehr.

Beob. 9.[1]) Am 23. 8. 1878 wurde Josef Maier, Knecht, 40 Jahr alt, in völlig geistesverwirrtem Zustand auf der Strasse von der Sicherheitsbehörde aufgegriffen. Er faselte, er sei ein Wildschütz, habe Güter in Mexico. Bei der Aufnahme ist er im Bewusstsein tief gestört, weiss nicht Namen noch Wohnort anzugeben. Er sei Wildschütz, Soldat bei der Marine, hält den Arzt für einen Oberlieutenant. Im Reinigungsbad füllt er den Mund mit Wasser und sagt ganz ruhig: „ich ertrinke". Nach seinem Namen befragt, sagt er: „K. K. Kriegsmarine". Pat. schlief Nachts nicht, behauptete am anderen Morgen, man habe ihn beständig geschimpft, bedroht, es habe Einer ihm den Kopf mit dem Säbel spalten wollen. Er habe Feuer gesehen, seine 6 Schiffe seien ihm verbrannt und ein Dorf in Flammen aufgegangen. Pat. bleibt tief verworren, seiner Lage unbewusst und delirant (Schiffe verbrannt, Lebensgefahr etc.) bis zum 27. Da schweigt das Delirium, Pat. ist bis zum 28. noch dämmerhaft und am 28. plötzlich lucid. Er weiss von allen Vorkommnissen seit dem 23. nur, dass er damals mit

1) Aus m. Lehrb. d. Psychiatrie. 1. Aufl. Bd. III. Beob. 80.

dem Brodwagen seines Herrn auf Kundschaft fuhr, dass er noch mehrere Kunden besuchte, Aerger bei einigen hatte, den ganzen Tag sich schon unwohl, benommen im Kopf fühlte. Ueber den Verbleib des (inzwischen aufgefundenen) Wagens wusste er absolut nichts anzugeben. Auch dem Herrn war er beim Fortfahren so curios vorgekommen.

Pat. hatte einen Säufer zum Vater, litt als kleines Kind an Convulsionen, später an ohnmachtartigen Anfällen (Schwindel, Angst, Umfallen), nach denen er sich ganz dumpf im Kopf fühlte. Bis auf die letzte Zeit habe er solche Anfälle gehabt. Klassische epileptische Insulte sind nicht festzustellen. Pat. soll äusserst jähzornig sein, intellectuelle Defecte bestehen nicht. Seine Stimmung ist häufig eine gedrückte, morose. Er äusserte wiederholt den Wunsch, von der Welt wegzukommen, da sein Kopf doch nie mehr gut werde. Pat. ist rhombocephal. Die Pupillen ungleich. Zunge ohne Narben. Die Beobachtung ergiebt bis zum 8. 10., an welchem Tage er entlassen wird, ausser wechselnder Stimmung, häufigem Kopfweh und Schwindel nichts Bemerkenswerthes.

Beob. 10. Sp., 34 J., gew. Jurist, später Schreiber, wurde am 23. 11. 1870 in der steierm. Landesirrenanstalt aufgenommen, weil er im Gasthof die Zeche schuldig blieb und als man ihn darum mahnte, behauptete, der Kronprinz zu sein. Aus der lückenhaften damaligen Krankengeschichte, aus der wichtige Theile in Verlust gerathen sind, lässt sich nur entnehmen, dass Sp. in einem dämmerhaften Zustand mit Intermissionen sich durch Jahre befand, eine träumerische Existenz bot, sich von der Aussenwelt abschloss, hie und da Andeutungen von Grössenwahn bot. Als ich Pat. am 12. 6. 1873 kennen lernte, befand er sich in einem Lucid. intervallum und gab befriedigende Anamnese.

Mutter war neuropathisch, Bruder Epileptiker. Schon in frühester Jugend entwickelte sich bei Pat. eine phantastisch romanhafte Geistesrichtung. Er war ein träumerischer Junge, las viel, interessirte sich nur für Religion und Weltgeschichte, hatte eine rege Phantasie, die oft mit ihm durchging und so lebhaft Lektüreeindrücke reproducirte, dass er Mühe hatte, zwischen Einbildung und Wirklichkeit zu unterscheiden. Vom 14. bis 21. Jahr grosse masturbatorische Excesse. Vom 21. Jahr ab Erscheinungen von Neurasthenie. 1863 Nachts aus einem Traum erwacht, hörte er eine Stimme „du bist eine Urkraft, bist Gott“. Er replicirte „wie kann das sein, das kann ich nicht zugeben“. Darauf antwortete es „wie kannst du daran zweifeln“

Die Sonne ging gerade auf, da kam es ihm vor, dass gerade eine Schlacht in Polen geschlagen werde und er beten müsse, damit diese Schlacht gewonnen werde. Er kniete neben seinem Bette nieder und betete. Dann öffnete er seinen Kasten, fand darin ein Bild, unter dem geschrieben war „gegrüsset seist du Maria“ und „Franz Josef“. Es trieb ihn, dieses Bild an sich zu drücken. Es war lakirt und klebte an seiner Haut an. Das war ein Wunder. Von diesem Bild ging ein Wohlgeruch aus. Da erkannte er, dass er eine schöpferische Kraft sei.

Einige Wochen später, als er mit seinen Angehörigen zu Mittag ass, kam ihm plötzlich die Idee, es sei der jüngste Tag gekommen. Es fielen Sterne vom Himmel, Figuren erschienen, kleine Kinder „wie Würmer“ krochen auf dem Boden herum. Nun verdunkelte sich sein Gesichtsfeld und sein Bewusstsein schwand. Er erfuhr hinterher, dass er gezuckt und gezappelt habe, Schaum vor dem Mund hatte und man ihm aus Sorge, er könnte die Zunge zerbeissen, einen Löffel zwischen die Zähne brachte.

Ein solcher Anfall wiederholte sich 1865 und 1868. Seit dem ersten Insult will er anfangs seltener, später immer häufiger und länger in eigenthümliche Zustände von Umdämmerung gerathen sein, in welchen er sich gehoben, die Aussenwelt so kleinlich fühlte, sich wie ein Dichter vorkam und vermeinte, viel besser und genialer zu sein, als seine Lieblingsdichter Schiller und Goethe. Allmälig entwickelte sich in diesen Dämmerzuständen die Idee, sein Vater sei der Kaiser und er folgerichtig der Kronprinz.

Auf der Höhe solcher Delirien wandelte sich ihm die Aussenwelt entsprechend um. Er bemerkte, dass man ihn respectvoll grüsste, hielt die Anderen für seine Höflinge u. s. w. Dazwischen kamen wieder Zeiten des Zweifels, relativer Klarheit und Einsicht. Er kam sich verrückt vor und grübelte nach, wer er denn eigentlich sei. Die expansiven Delirien wurden immer mächtiger. Gleichwohl wahrte er den Schein geistiger Gesundheit und vermochte durch Jahre noch sich als Diurnist bei einem Advokaten zu behaupten.

Da er aber in seinem Wahn Kronprinz zu sein der Meinung war, er dürfe nur im ersten Gasthof speisen, kam er mit seinen bescheidenen Geldmitteln in Widerspruch.

Eine Zeitlang trat in seinen psychischen Ausnahmszuständen statt des obigen, der Wahn auf, Enkel Pio nono's zu sein.

Eines Tags seien diese Wahnideen, ebenso plötzlich wie sie angeflogen waren, wieder von ihm gewichen. Der letzte Dämmerzustand habe fast ein Jahr bestanden. Jetzt klingen seine früheren Delirien

nur noch im Traume an. Er erkenne jetzt aber klar, dass es Täuschungen waren, er habe „doppelte Ohren und Augen“ gehabt. Er habe früher in einer „ideal verrückten“ Welt gelebt. Die ideale sei schöner gewesen als die wirkliche, er ziehe aber doch die Realität vor, denn sie sei gleichbedeutend mit geistiger Gesundheit.

Er müsse aber immer noch auf seiner Hut sein, denn von Zeit zu Zeit komme noch eine momentane Verfinsterung, sodass er in Gefahr stehe, in seinen Wahn zurückzusinken. Er fühle sich jetzt ganz wohl und komme sich wie neugeboren vor. Ausser constitutioneller Anämie fanden sich an Pat. keine körperlichen Störungen vor. Ich beschäftigte den mittellosen und schonungsbedürftigen Reconvalescenten in der Kanzlei, hatte so Gelegenheit ihn täglich zu sehen. Er war ein tüchtiger Scribent, bot niemals mehr Entgleisungen in das Gebiet der Delirien, blieb aber ein stiller, in sich verschlossener, träumerischer eigenartiger Mensch.

Am 21. 3. 1894 erschien in meiner Sprechstunde ein Herr, Kaufmann, 31 J. alt, verheirathet, dessen Krankheitsgeschichte in weiter Beziehung an den vorausgehenden Fall erinnert. Herr X klagte, dass er seit etwa 10 Jahren zeitweise von dem „dummen“ Wahn geplagt sei, er wäre Kaiser von Afrika. Er sei dabei in einer eigenthümlichen Geistesverfassung, dämmere herum, sei zu keiner Arbeit brauchbar, appercipire die Aussenwelt nur in ganz vagen Umrissen, sei ganz von der Kaiseridee und Ideen sein Reich zu regieren beherrscht, äusserlich dabei aber wenig auffällig, sodass er bisher unbeanstandet durchs Leben gekommen sei. Plötzlich komme er dann wieder zu sich, zur Wirklichkeit und habe dann nur höchst vage Erinnerung für das in diesen Dämmerzuständen Erlebte. Solche Anfälle kommen fast jede Woche, gehen regelmässig mit Kopfschmerz einher, sind sich typisch gleich und dauern selten länger als einige Tage.

Seit einigen Jahren habe er fast beständig intervallär Angstgefühle, die sich zuweilen zu einer förmlichen Angstkrise steigern. Dann ziehe es ihn geradezu ins Wasser. Dreimal sei er schon in solchem Zustand in die Donau gesprungen, aber im kalten Wasser sei er jeweils gleich wieder zu sich gekommen und sei ans Land geschwommen.

In der Familie des Pat. ist mehrfach Irrsinn und Selbstmord vorgekommen. Er ist subemicrocephal (53.5 cm) und versichert, bis zum 12. Jahre viel an Convulsionen gelitten zu haben. Nachforschungen nach Epilepsie hatten ein negatives Resultat, jedoch standen mir nur die Angaben des Pat. und eine einmalige Consultation zur Verfügung. Dagegen war er in hohem Grade mit Neurasthenie behaftet. Ich gewann den Eindruck einen Epileptiker vor mir zu haben und verordnete Brom.

Dämmer- und Traumzustände auf neurasthenischer Grundlage.

Hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens stehen die neurasthenischen Dämmerzustände zunächst bei den epileptischen. Bei der grossen Zahl von bezüglichen Beobachtungen,[1] die ich im 1. Hefte dieser Arbeiten veröffentlicht habe, kann ich mich hier auf einige wenige weitere Fälle, die klinisch interessant sind, beschränken. Trotz der ansehnlichen bereits vorliegenden Casuistik scheint es kaum möglich, schon jetzt aus dem Dämmer- oder Traumzustand als solchem die zu Grunde liegende Neurose zu erschliessen, bezw. zu einer differentiellen Diagnostik jenes Zustandes klinisch vorzudringen. Das Schwergewicht muss diagnostisch vorläufig auf Entstehung, Verlauf des Anfalls und die Begleiterscheinungen der betr. Neurose gelegt werden.

Dies gilt nicht bloss hinsichtlich der Unterscheidung neurasthenischer und epileptischer Zustände, die ich in Heft I p. 50—64 versucht habe, sondern auch hinsichtlich anderweitiger Kategorien von solchen Zuständen. Nur bei solchen hysterischer Provenienz kann die Diagnose mit einem Griff eventuell gemacht werden, indem der Dämmer- oder Traumzustand Aequivalent eines Hysteria gravis-Anfalls sein kann und durch Reizung einer hysterogenen resp. spasmogenen Zone plötzlich coupirt werden mag. Wie unsicher die differentielle Diagnose der Dämmerzustände noch ist, lehrt ein im Anschluss folgender Fall von Raymond, den ich bestimmt als solchen von neurasthenischem Gepräge ansprechen muss, während der erfahrene Autor ihn als „transitorische Hysterie“ und „dedoublement de la personnalité“ auffasst.

Beob. 11. L., 28 J., Eisengiesser, wurde am 7. 1. 1882 der psych. Klinik in Graz übergeben, weil er in ganz dämmerhafter Verfassung, mit augenscheinlichen Absichten sich umzubringen, am Fluss herumgeirrt sei.

Pat. ist bei der Aufnahme in einem Dämmerzustand. Er delirirt von einer Menge Ertrunkener, die er gesehen. Einen derselben habe er mit Stroh gerieben. Er sei wieder zu sich gekommen und habe ihn angepackt. Pat. verdeckt sich die Augen. Er dürfe nicht nach der Mauer schauen, weil da ein geschwärzter Mann stehe, der wie ein Eisenarbeiter aussehe und ihn seit gestern verfolge. Darüber in grosser Angst sei er planlos umhergeirrt, der Mann ihm immer nach. Da sei er in seiner Angst und Verzweiflung ans Wasser, um sich zu ertränken. Dort habe man ihn ergriffen und hieher gebracht.

1) Arbeiten Heft I. Beob. 1—4, 9—15, 17—25.

Pat. bleibt in diesem Zustand bis zum 9. 1., schläft etwas, wird mimisch freier, constatirt, dass der entsetzliche Mann nicht mehr da sei, sucht sich zu orientiren, glaubt aber nicht, dass das ein Spital sei. Zu Hause sei er freilich nicht. Er klagt Angst, Druck auf der Brust, Gefühl als ob der Kopf in einer Presse sei, wüsten Lärm.

Am 11., nach gut durchschlafener Nacht, ist Pat. ganz lucid und giebt ausführliche Anamnese.

Keine Heredität, keine Convulsionen in der Kindheit. War nie Potator. Vita sexualis geordnet. Pat. weit in der Welt herumgekommen, geschickter Arbeiter. 1880 Cholerine und später Intermittens. Seither intolerant gegen Alkohol, bei der anstrengenden Arbeit im Gusshaus, die er früher leicht ertragen, oft Kopfschmerz, Schwindel. Seither auch ab und zu grundlose Aengstlichkeit, aber ohne Bewusstseinstrübung.

Seit Dec. 1881 regelmässig schwere Träume, meist von Feuersbrunst, oft so lebhaft, dass er aufgeschreckt ans Fenster eilte und noch Feuerschein zu sehen vermeinte.

Seit Weihnacht Ueberanstrengung durch schwere Arbeit, dazu viel Aerger. Er fühlte sich immer schwächer, zitterte leicht, schwitzte selbst bei kühler Temperatur, war Morgens beim Aufstehen ganz matt und müde, hatte heftigen Kopfdruck. Am 31. 12. 1881 grosse Gemüthsbewegung.

Von da ab elende Nächte, mit Träumen von Flug durch die Luft, Sturz in Abgründe. Unter Tags kaum mehr arbeitsfähig, quälender Kopfdruck permanent, Aengstlichkeit, Gedankenhemmung, unfähig zu geordnetem Gespräch.

Am 6. früh hielt er es in der Stube nicht mehr aus. Er sei fortgelaufen in die Stadt, planlos. Er erinnert sich dunkel an endloses Herumwandern in den Strassen, an eine Nachmittagsvorstellung im Theater, aus der er aber wegen Schwindel und Kopfschmerz fort musste, an einen Aufenthalt in einem Wirthshaus, an einen Militärleichenzug, an die plötzlich aufgetauchte und ganz unmotivirte Idee, nach Wien zu fahren und an sein Erscheinen im Bahnhof. Wo er nächtigte, weiss er nicht sicher.

Am 8. früh beginnt ein Erinnerungsdefect, der die ganze hallucinatorische Periode umfasst, bis zum 9. andauert und nicht mehr ausgefüllt werden kann.

Pat. bietet in der Folge noch neurasthenische Beschwerden, erholt sich unter guter Ernährung und Nachhülfe für seinen schlechten Schlaf rasch und wird am 28. 1. 1882 psychisch ganz normal und quoad Neurasthenium sehr gebessert, aus dem Spital entlassen. Irgend welche Hinweise auf eine epileptische Neurose hatte Pat. nie geboten.

Neurasthenischer Dämmerzustand, dann Simulation.

Beob. 12. Am 29. 10. 1896 gelangte der gew. Beamte S. 25 J., led., zur Aufnahme auf der psychiatr. Klinik. Seine Mutter und eine jüngere Schwester sollen sehr nervös und aufgeregt sein. Pat. war von Kindesbeinen auf sonderbar. So geschah es, dass er als Schulknabe andere Kinder zu Wagenpartien einlud, ohne Motiv und ohne Geld. Bei Ausflügen absentirte er sich ohne Grund und ohne es mitzutheilen. Die Notizbücher seiner Geschwister beschmierte er oft ohne Zweck.

Er war nicht unbegabt, soll beim Militärdienst eine acute Erkrankung gehabt haben, dabei epileptische Anfälle, und wegen eines zurückgebliebenen Herzklappenfehlers superarbitrirt worden sein.

Er wurde dann im öffentlichen Dienst angestellt, quittirte vor 1 Jahr, weil ihm von seiner Geliebten ein besserer Posten in Aussicht gestellt wurde.

Von jeher nervös und reizbar, war Pat. im Lauf des Jahres 1896 es noch mehr und deutlich neurasthenisch geworden.

Ende Mai hatte er ein Clavier auf Ratenzahlung gekauft und es in denselben Stadtbezirk an einen anderen Clavierhändler weiterverkauft. Es war dies umso auffälliger, weil die Träger beider Clavierhändler dieselben waren und seine fraudulöse Handlung sofort herauskommen musste.

Er wurde dafür mit 1 Monat Arrest bestraft und hatte seine Strafe am 29. 10. 1896 antreten sollen.

Seit Anfang October war er zunehmend reizbar und erregt geworden, hatte wiederholt Auftritte mit seiner Mutter gehabt, die ihn vergesslich, episodisch sogar verworren fand, klagend über einen Mann, der ihn verfolge.

Am 21. 10., nach einem heftigen Auftritt mit der Mutter, war S. fortgegangen und nicht mehr heimgekommen.

Am 28. 10. sah ihn die Mutter wieder auf dem Polizeicommissariat, wohin ihn zwei Freunde geführt hatten, weil er seit einigen Tagen über Schlaflosigkeit und Druck im Hinterkopf klage, mehrere Morphiumpulver auf einmal habe nehmen wollen, missmuthig, verschlossen sei und sich von einem Manne bedroht und verfolgt wähne.

Mit der Mutter confrontirt, erkennt er sie nicht, ist aufgeregt, verwirrt, bittet den Polizeicommissär um Schutz vor einem Mann, der ihm überall mit einem Messer auflauere. Er scheint unter der Einwirkung von Alkohol, fährt wiederholt erschreckt zusammen, ist ganz desorientirt, klagt über Kopfdruck und wird am 29. früh $12^1/_2$ auf die

Klinik gebracht. Er ist ruhig, wundert sich aber nicht über seinen neuen Aufenthalt und schläft bald ein.

Er ist am 29. früh nach gut durchschlafener Nacht örtlich orientirt, zeitlich um einen Tag zurück, wundert sich darüber im Krankenhause zu sein; er erinnert sich an keine Erlebnisse seit dem 26. 10. Nachmittags bis zum Erwachen am 29. im Spital, behauptet, unter heftigem Kopfschmerz in einen Ausnahmszustand gerathen zu sein. Er sei seit dem 21. 10. verfolgt von einem Mann in dunkler Kleidung, der ihm mit tiefer Stimme gedroht habe.

Dieser selbe Mann habe ihn schon 1893 durch 8 Tage verfolgt, später noch einmal, jetzt zum 3. Mal.

Er giebt zu, seit längerer Zeit 3—4 Krügel Bier und 3—4 Tassen Thee mit Rum täglich getrunken zu haben.

Pat. ist leicht dämmerhaft, Miene verschleiert. Klagen über heftigen stechenden Kopfschmerz.

Gross, mager, gracil, Schädel asymmetrisch, Cf. 55. Ohren leicht degenerativ. Kopf auf Percussion schmerzhaft, Wirbelsäule leicht druckempfindlich. Ausser feinwelligem Zungentremor kein Zittern. Keine Zeichen von Alkoholismus. Pupillen mittelweit, gleich, von sehr prompter Reaction. Tiefe Reflexe an OE. und UE. sehr lebhaft. Mitralinsufficienz. Residuen einer Pericarditis. Harn eiweiss- und zuckerfrei.

Pat. isst und schläft die folgenden Tage gut. Er ist geordnet, aber leicht gehemmt, schwer besinnlich, in seiner Zeitrechnung constant um 1 Tag zurück. Er klagt andauernd Kopfdruck, schätzt am 2. 11. seine Anwesenheit in der Klinik auf 14 Tage, localisirt schlecht in der Vergangenheit, bleibt amnestisch für die Zeit vom 26.—29. 10. Sonderbares Schwanken der Erinnerung für weitab hinter der Krankheitsperiode liegende Ereignisse. So weiss er z. B. am 2. 11. nichts von Crimen und Strafe, während er am 31. 10. sich dessen erinnerte.

Am 4. 11. weiss er nur von den Erlebnissen des 3. und 2. 11., nicht aber von den weiter zurückliegenden Tagen und seiner Verurtheilung.

Pat. klagt noch andauernd Kopfschmerz und Abgeschlagenheit.

Das Benehmen des Pat. wird der Simulation verdächtig. Dass er vom 26.—29. 10. in einem neurasthenischen Dämmerzustand gewesen ist und noch jetzt Spuren von Neurasthenie bietet, kann keinem Zweifel begegnen, aber das beständige Schwanken seiner Erinnerungsdefecte in ihrer zeitlichen Begrenzung, seine angebliche Amnesie für sein Delikt im Juli und die Verurtheilung im August waren bei dem doch vor dem 21. und seit dem 29. October nicht psychisch krank Ge-

Wesen nicht erklärbar. Es war auch auffallend, dass Pat. bei der Visite jeweils still, gedrückt war, über Kopfweh klagte und sich auf den Schwerkranken herausspielte, während er in Abwesenheit der Aerzte das grosse Wort führte, bramarbasirte, die Anderen terrorisirte und ein eifriger Kartenspieler war.

Am 25. 11. theilte ein Mitpatient vertraulich mit, dass S. ihm gesagt habe, er halte die Aerzte zum besten, simulire nur sein Leiden, um dadurch der über ihn verhängten Strafe zu entgehen. Als man ihn einige Tage später mitten in einer lustigen Gesellschaft ausgelassen trifft und ihm den Contrast seines Benehmens während der Visite vorhält, wird er verlegen und redet sich damit aus, er fühle sich seit heute genesen und deswegen so aufgeräumt. Er weiss nach wie vor nichts von Delict und Strafe, ist zeitlich nicht ganz orientirt und behauptet seit 8 Wochen (recte 5) hier zu sein.

S. wird als Simulant entlassen. Er begeht in der Folge mit einem anderen Gauner eine Reihe raffinirter Hochstapeleien, wird deshalb im Juli 1897 verhaftet und der verdienten Strafe zugeführt.

Beob. 13. Z., 30 J., kleiner Beamter in Nancy, stammt von einem Vater, der in seiner Jugend Nachtwandler war und einer geistesbeschränkten Mutter. Ein Bruder des Pat. war in seiner Jugend ebenfalls Nachtwandler und wurde später Säufer.

Pat. war von jeher emotiv. Mit 16 Jahren machte er über ungerechter Beschuldigung, einen Diebstahl begangen zu haben, einen pathologischen Affectzustand durch. Seit dem 17. Jahre schreckhafte Träume. Aufregende bewegte Existenz in der Folge. Mit 22 Jahren längere Zeit Malariaanfälle mit Delirium. Mit 24 Jahren Heirath. Baldiger Verlust der Frau. Mit 26 Jahren zweite, glückliche Ehe. Bescheidene aber sichere Stellung. In den letzten Jahren geistige Ueberanstrengung. Seit Januar 1895 Berufsneurasthenie des fleissigen soliden Mannes. Im gleichen Monat heftiger Shok, indem sein Bruder ihn irrthümlich in einem Briefe einer unehrenhaften Handlung beschuldigt und ihm mit einer gerichtlichen Anzeige gedroht hatte. Diese Anschuldigung war ihm seither beständig durch den Kopf gegangen. Gedanken an Polizei, Flucht hatten ihn im Traum und Wachen gequält. Dabei neurasthenische Gedächtnissschwäche und Kopfweh.

Am 3. 2. 1895 sass Pat. im Café. Er hatte (gegen seine Gewohnheit) mehrere „Bock" und überdies ein Glas Wermuth getrunken. Es herrschte grosse Kälte. Er wollte heim zum Mittagessen. Da bekam er heftigen, schmerzhaft schnürenden Kopfdruck und nun setzte ein Dämmerzustand ein, aus welchem er 8 Tage später, am 12. Februar Abends 11 Uhr in der Nähe von Brüssel, zunächst mit Amnesie für Alles inzwischen Vorgefallene sich wiederfand. Er sucht sich zu orientiren, was ihm endlich gelingt. Er reist nach Paris, ist dort noch dämmerhaft, hat Kopfdruck u. a. neurasthenische Beschwerden. Dort trifft er seinen Bruder, der ihm mittheilt, dass er ihn ungerecht im Jänner einer unehrenhaften Handlung

beschädigt habe. Von diesem Moment fühlt sich Pat. wieder klar und frei im Kopf. In den letzten Tagen vor diesem Zusichkommen hatte er im Traum Nachts Reden geführt, „gut, abgemacht“, die man ihn im Selbstgespräch, unmittelbar ehe er in jenen Dämmerzustand verfallen war, hatte aussprechen hören. In seinen Bemühungen, den amnestischen Abschnitt des Anfalls aufzuhellen, fand Z. einen Zettel unter seinen Effecten, auf welchem ihm ein Unbekannter die Adresse einer Maison charitable in Brüssel aufgeschrieben hatte. Mit Hülfe dieses Zettels, bezw. der dadurch geweckten Associationen, gelang es Z., eine summarische Erinnerung für die Erlebnisse dieses Dämmerzustandes zu gewinnen. Er erinnerte sich nun nach dem Verlassen des Cafés am 3. 2. Mittags eine Frau in Trauer auf der Strasse getroffen und sich ihr angeschlossen zu haben. Er ging mit ihr in einen Gasthof, nächtigte mit ihr, schämte sich am anderen Morgen dieses Abenteuers und dass er die Bureaustunde versäumt habe, wurde ängstlich, ging auf die Bahn, löste ein Billet nach Luxemburg, von Furcht getrieben, fuhr planlos weiter nach Arlon, Brüssel, lebte dort in seinem Dämmerzustand unbeanstandet, weil richtig handelnd, hörte von Werbung von Soldaten für Holländisch-Indien, gedachte sich anwerben zu lassen, erinnerte sich seiner Frau, schrieb einen Brief an sie, zerriss ihn wieder, irrte in der Umgebung von Brüssel herum, fing an seinen Ausnahmezustand zu fühlen, suchte sich zu orientiren, was ihm endlich gelang.

Offenbar war der bereits schwer cerebrasthenische Z. am 3. 2. durch ungewohntes Trinken, Kälte in einen Dämmerzustand gerathen, in welchem die Herrschaft über bisher corrigirte Gedanken an Flucht verloren ging und diese sein traumhaftes Handeln bedingten. (Raymond, cliniques des malad. du système nerveux. 1. Série 1896.)

Dämmer- und Traumzustände bei Hysterischen.

Beob. 14. Anna H., 13 J., wurde am 15. 8. 1896 in einem psychischen Ausnahmszustand auf der Strasse vorgefunden und auf die psychiatrische Klinik gebracht. Man findet sie ruhig, mit geschlossenen Augen im Bett. Angesprochen, wird sie unruhig, wirft die Kopfpolster herum und sagt gereizt „geh weg, du bist nicht meine Mutter, du hast mich verstossen, ich gehe in die Donau“. Auf alle Fragen erhält man stereotyp diese Antwort. Endlich bekommt Pat. einen einige Minuten dauernden hysterischen Krampfanfall (epileptoide Phase). Sie ist in einer traumhaften Verfassung, reagirt nicht auf Nadelstiche, appercipirt nicht die Umgebung, grimassirt episodisch, reckt die Zunge heraus, knirscht mit den Zähnen, spricht gelegentlich vor sich hin „ich gehe nicht ins Arbeitshaus, ich gehe in die Donau, da komme ich zu meinem Vater“. Pat. ist fieberlos, ohne Befund in den vegetativen Organen, reagirt nicht auf Druck in der Ovarialgegend, bietet beiderseits Fussklonus, ist schlaflos, in gereizter depressiver Verfassung, ganz unzugänglich. Am 20. früh, nach gut durchschlafener Nacht, ist sie

lucid, orientirt sich sofort, hat Amnesie für die Zeit vom 15. Abends bis zum 20. früh, glaubt sich am 16. Pat. stammt von einem Vater, der an „Gehirnerweichung" gestorben sein soll, war gesund bis zum 14. früh, seit einem halben Jahre menstruirt, vertrug sich schlecht mit der Frau ihres Vormunds, bei dem sie wohnte, hatte von ihr wegen eines Vergehens am 14. früh eine Zurechtweisung und einen leichten Schlag auf den Kopf bekommen, war, darüber sehr erregt, zu einer bekannten Familie S. gegangen und hatte um Aufnahme gebeten, weil man sie daheim schlage. Sie klagte über Hunger, Schläge, Entbehrung des Schlafes, weil sie kleine Kinder warten musste, bekam aus Mitleid Obdach.

Am 14. Abends, als sie schon zu Bett lag, hatte sie zu phantasiren angefangen, das Bett durcheinander geworfen, die Umgebung verkannt, sich vor der Pflegemutter gefürchtet und die Absicht geäussert, in die Donau zu gehen. Nach einiger Zeit war sie ruhig geworden, eingeschlafen. Am 15. früh hatte die H. über Kopfweh geklagt, sich tief unglücklich gefühlt und war unter einem Vorwand fortgegangen, wobei ihr die S. noch einen Sonnenschirm liehen.

Sie lief über eine Stunde weit nach der Donau, unterliess den Selbstmord, weil sie angeblich der fremde Schirm genirte, dämmerte in den Strassen herum, gedachte den Tod auf den Schienen einer Eisenbahn zu suchen, schlief endlich auf der Strasse ein, wo sie von der Polizei aufgefunden wurde.

Pat. gracil, schlecht genährt, rachitisches Cranium von 52 cm Umfang. Nervenstatus normal. Keine Stigmata hysteriae. Menses verlaufen vom 23. 8. ab ohne Störung. Am 28. 8. genesen entlassen.

Neue Aufnahme am 11. 12. 1896 Abends. Wurde wegen auffälligen Benehmens auf der Strasse aufgegriffen. Bei der Ankunft schwere Bewusstseinsstörung, fehlende Apperception der Aussenwelt, ganz umgrenzter Ideenkreis, der sich um geplanten Ankauf von Gift dreht. „Ich weiss Alles, ich kaufe mir's, ich krieg's, ich gehe allein nach Hause."

Pat. ist ganz absorbirt durch innere schmerzliche Vorgänge, absolut unzugänglich, fast beständig die obigen Sätze vor sich hinmurmelnd. Fast schlaflos, unerregbar durch äussere Reize.

Am 15. Abends kommt Pat. plötzlich wie aus einem Traum zu sich. Auch diesmal hatte ein Affect die Psychose ausgelöst. Am 4. war Pat. mit der früheren Pflegemutter auf der Strasse zusammengetroffen. Diese hatte ihr mit allerlei Schlimmem gedroht.

Im Anschluss Angst, Aufregung. Am 6. in menstruatione Cephalaea, Erbrechen, Drehschwindel. Von da an schlaflos, arbeitsunfähig, Taed. vitae.

Am 11. Entlassung aus ihrem Dienst, mit Auftrag sich ins Spital aufnehmen zu lassen. Sie erschien im Ambulatorium, war gedrückt, klagte Kopfweh, erhielt ein Recept. Unterstandslos, beschloss sie zu sterben. Sie ging in verschiedene Apotheken und begehrte Cyankali. Während dieser Suche nach Gift Einsetzen tiefer Bewusstseinsstörung mit fehlender Erinnerung für alles seither Vorgekommene.

Pat. in der Folge psychisch normal.

Am 1. 12. wird sie still, scheu, klagt diffusen Kopfschmerz. Abends Anfall von Hysteria gravis.

Am 2. nach gut durchschlafener Nacht neuerlich in tiefem Traumzustand. Endloses Selbstgespräch: „was, warum? sage es nur? wer will mir aufessen?" Bei Druck auf das l. Ovarium cessirt das Delir und stellt sich Katochus in allen Extremitäten ein, der einige Minuten dauert.

Pat. ist nun partiell seelentaub und seelenblind, appercipirt eine Milchflasche nur, wenn man ihr mit dieser Flasche das Trinken vormacht, trinkt diese dann gierig aus. Lebhafte Beschäftigung mit Pat. bringt sie immer mehr aus ihrem Traumzustand heraus. Sie erkennt dann momentan einige Personen. Sich selbst überlassen, versinkt sie wieder in ihren deliranten Traumzustand. Durch Ovariendruck kann man das Delir sofort beseitigen und das Bewusstsein etwas aufhellen. Versuch einer Hypnose misslingt.

Am 5. 12. wird Pat. Abends plötzlich lucid. Sie glaubt es sei der 30. 11. Amnesie für die ganze Episode. Ausser l. Ovarie keine Stigmata hyst.

Ursache des letzten Anfalls war die Mittheilung eines Besuches, dass die früheren Pflegeeltern Böses gegen Pat. planten.

Anlässlich der Menses am 12. 12. Wiederholung dieses Anfalls bis zum 17. 12.

Seither Ovarie geschwunden. Keine Schwankung des psychischen Befindens mehr. Am 30. 12. genesen entlassen und gesund geblieben.

Beob. 15. Am 12. 2. 1897 Mittags hatte sich die 18jährige Spitalwärterin H. auf eine Stunde Urlaub erbeten, war aber nicht zurückgekehrt. Abends 9 Uhr erschien sie auf dem Polizeicommissariat mit der Selbstanzeige, sie habe ihren Vater K., Maler, mit Chloroform vergiftet, da er ihre Verehelichung mit Maler N. nicht habe zugeben wollen. Sie hatte eine mit Aeth. sulf. halbgefüllte Flasche in der Hand. Die Recherchen straften die H. Lügen, sie schien nicht geistig gesund und kam auf die Klinik. Sie verbrachte die Nacht auf den 13. schlaflos. Ich fand am 13. früh in ihr eine alte Bekannte vor, die

1894 durch Monate wegen schwerer Hysterie mit allen möglichen Anfällen bei uns in Behandlung gestanden hatte, endlich genesen und durch Jahre arbeitsfähig gewesen war.

Pat. war am 13. mimisch tief entstellt, starrte vor sich hin, reagirte nicht auf die Aussenwelt, erschien traumhaft verloren, analgetisch am ganzen Körper und bot keinen Skleralreflex. Allmählich gelingt es, mit ihr in Rapport zu treten. Sie kennt die Klinik und die Aerzte nicht, glaubt sich auf dem Friedhof an einem offenen Grabe. Sie ist ganz auf delirante Vorstellungen concentrirt und zeigt bedeutende Associationshemmung. Eine Kohlenkiste im Hörsaal der Klinik hält sie für den Sarg des ermordeten Vaters. Sie erwartet ganz affectlos ihre Hinrichtung. Es thut ihr nicht leid, den Mord begangen zu haben.

Am 13. lässt dieser Zustand traumhafter Hemmung etwas nach. Pat. findet sich im Spital wieder, aber im — Grabe. Sie hält fest am Wahn, vor 8 Tagen den Vater mit Chloroform umgebracht zu haben. Sie klagt Kopfweh (Clavus) und ist noch ganz dämmerhaft. Am 14. 2. wird sie rasch lucid. Sie glaubt sich am 11. Für die Zeit vom 10. bis 14. früh fehlt die Erinnerung. Der psychische Ausnahmszustand war durch Aufregungen wegen einer Liebesaffaire vermittelt. Es liess sich constatiren, dass in ihrem Delir Wahres und Falsches durcheinander geworfen waren. Ihr Vater war nicht vor 8 Tagen, sondern vor einigen Wochen gestorben und zwar eines natürlichen Todes. Ihr wirklicher Geliebter scheint allerdings ein Maler zu sein. In ihrem Delir hatte sie aber am 12. 2. zu einer Bekannten geäussert, Dr. X. sei ihr Geliebter gewesen und habe sie verlassen. Sie müsse sich an diesem Herrn rächen, man werde sie im Landesgericht wieder treffen. So lief ein früherer Arzt aus ihrem ersten Aufenthalt in der Klinik, der sich um sie angenommen hatte, Gefahr, ins Gerede der Leute zu kommen oder Opfer eines Attentats zu werden! Der Name, den sie anlässlich ihrer Selbstanzeige als den ihres Vaters angab, war der des Arztes der Krankenabtheilung, in welcher sie bedienstet gewesen war.

Sie selbst hatte geplant, sich mit Chloroform zu tödten und zwar weil sie ein böses Gewissen hatte, nämlich wegen Ausbleibens der Menses sich gravid glaubte, was aber nicht der Fall war.

Pat. hatte übrigens auch im luciden Zustand schon seit längerer Zeit durch pathologische Lügen und Schwindeleien sich auffällig gemacht. So hatte sie u. A. Bekannten gegenüber geäussert, dass sie ganz allein Operationen im Spital mache.

Pat. verblieb noch einige Wochen im Spital, in physiol. Depression

über vermeintliche Gravidität, die durch Wiederkehr der Menses schwand. Psychopathische Zustände wurden nicht mehr beobachtet.

Beob. 16. R., 22 J., Techniker, ging am 23. 9. 1895 von Hause fort unter Zurücklassung eines Briefes, in welchem er die Absicht äusserte, sich zu tödten. Auf diesem Todesweg erlitt er in der Umgebung von Wien am gleichen Tage einen Hysteria gravis-Anfall mit folgendem totsuchtartigem Delir.

Nachdem sich dieser Anfall am 24. wiederholt hatte, brachte man Pat. auf die psychiatrische Klinik.

Wir fanden ihn am 25. früh verstört, im Bewusstsein tief getrübt, gehemmt, desorientirt, delirant. Auf alle Fragen bekam man nur die stereotype Antwort „Marie ist gestorben". Gelegentlich wendete er sich zu einem Bettnachbar und sagte „der nennt sich Grossherzog von Toscana, ich bin es aber nicht". Endlich nennt er seinen Namen, seinen Beruf „Stenographie", sein Alter „vingt deux". Im Uebrigen verharrt er apathisch, schweigsam, schlaflos in seinem Bette. Temperatur normal, vegetative Organe ohne Befund.

Keine Stigmata irgend welcher Neurose.

Am 27. 9. kommt Pat. plötzlich aus diesem Traumzustand heraus, mit Amnesie, die von 23. bis dato reicht und auch das Schreiben des Briefes umfasst. Dem Ausbruch der Psychose ging einige Tage lang Kopfdruck voraus. Er klagt noch jetzt über Gefühl eines eisernen Reifs um den Kopf.

Der r. N. occipitalis und die untere Dorsalwirbelsäule sind druckempfindlich. Sonst leichte Hypästhesie und bedeutende Hypalgesie am ganzen Körper. Concentr. Gesichtsfeldeinschränkung.

Pat. entstammt einer schwer belasteten Familie. Er war von jeher nervös, emotiv, schreckhaft. Seit Mitte August, wo seine Geliebte an puerperalem Wahnsinn erkrankt war, schwere Emotionen, die wohl die Ursache seiner eigenen psychischen Erkrankung waren. Er hatte die Geliebte schon einige Tage post partum coitirt, diesem Umstand die Erkrankung derselben beigemessen, geglaubt sie werde sterben, sich also für ihren Mörder gehalten. Seither mehrere Hysteria gravis-Anfälle, die auch in der bis zum 6. 12. sich erstreckenden Beobachtungszeit massenhaft wiederkehrten.

Beob. 17. W., 16 J., Tabakverkäuferin, aus gesunder Familie, bisher gesund, war verfeindet seit längerer Zeit mit einer im gleichen Hause wohnenden Frauensperson, die aus Rache sie bei der Polizei wegen unsittlichen Lebenswandels angezeigt haben soll. Thatsächlich

wurde die W. ganz plötzlich und zu ihrer grossen Bestürzung am 11. 10. von der Polizei abgeholt, ärztlich untersucht, mit Gonorrhöe behaftet befunden und einer entsprechenden Abtheilung im Spital zugeführt. Dort am 12. aufgenommen, war Pat. sofort auffällig durch Aufregung, Unruhe, Desorientirtheit, gefährliche Drohungen, einen hysterieartigen klonischen Krampfanfall in den Extremitäten und wurde deshalb noch am gleichen Tage der psychiatrischen Klinik übergeben.

Sie erscheint daselbst im Bewusstsein schwer gestört, dämmertraumhaft, verkriecht sich angstvoll bei Annäherung der Aerzte, redet sie mit „Du" an und bittet ihr nichts zu thun. Sich selbst überlassen, fabulirt sie vor sich hin von ihrem vielen Gelde, erwartet ihre Mutter, um mit ihr nach Philippopel, Athen, Pistyan zu reisen. Ihr ganzes Denken ist auf diesen engen Vorstellungskreis concentrirt. Ihren Namen giebt sie mit „Marie, Edle von . . . ." an. Sie ist ruhig, affectlos, stiert vor sich hin, schläft wenig, nimmt die ihr vorgesetzte Nahrung, klagt heftigen Kopfdruck („Stein im Kopf"), bietet Hippus, sehr gesteigerten Patellarreflex. Die Dorsalwirbelsäule ist höchst druckempfindlich. Stigmata hysteriae sind nicht aufzufinden. Ganz traumhafter Bewusstseinszustand. Sie glaubt sich bei ihrer Tante, verkennt eine Mitpatientin als diese, einen der Aerzte als Mann jener Frau, glaubt sich seit 4 Monaten hier, datirt den 20. 1. 1892, nimmt keine Kritik an, ist förmlich gebannt in ihren traumhaften Ideenkreis, wiederholt endlos „fort muss ich, will meine Kleider, um 60000 Gulden kaufe ich mir ein Haus, die Mutter geht mit, ich reise nach Philippopel, Athen, um 6 Uhr kommt die Mutter, um 9 Uhr geht der Zug". Verstörte, verworrene, affectlose Miene. Kein wirkliches Bestreben fortzukommen. Episodisch Idee, sie sei eingesperrt, unschuldig zu 48 Stunden Gefängniss verurtheilt. Beständig Klagen über den Kopf. Es sind Steine drin, Wasser, man hat es hier hineingeschüttet. Man drückt ihr den Kopf mit einer Maschine. In dieser traumhaften Verfassung verbleibt Pat. bis zum 23. 10. Der Wahn schwindet. Sie weiss sich in einem Krankenhause. Pat. bleibt aber dämmerhaft, sie hört vom 1. 11. ab öfter ihren Namen rufen, sich beschimpfen, drängt fort, um die Person, welche sie der Polizei denuncirt hat, tödten zu können. Sie wird hier zu Grunde gerichtet, der Kopf ihr mit Maschinen zusammengepresst. Ihre Mutter ist todt (obwohl sie täglich zum Besuch kommt).

Dieser Dämmerzustand reicht bis zum 8. 12. Pat. ist nun einige Tage lucid, corrigirt, hat nur ganz summarische Erinnerung. Nun entwickelt sich eine selbständige Melancholie mit Selbstanklagen theatralischen Gepräges. Sie hat leichtsinnig gelebt, ist die schlech-

teste Person auf dieser Welt, macht in ganz theatralischer Weise einen leichten Suicidversuch, damit das „schlechte Blut" herauskommt. Nach wie vor keine Stigmata hysteriae. Versetzung in eine Irrenanstalt. Dort Genesung nach einigen Monaten. Im Sommer 1896 sehr activ in einem Weinrestaurant in „Venedig in Wien".

Beob. 18. P., 26 J., gew. Krankenwärterin, ist hereditär schwer belastet, von jeher jähzornig, höchst emotiv, in ihrer Stimmung sehr labil, bald depressiv bis zu Taed. vitae, dann wieder ausgelassen. Menses mit 17 Jahren, jeweils mit Schmerzen, ohne gynäkologischen Befund. Ausser an Convulsionen als Kind und Typhus mit 21 Jahren nie schwer krank gewesen. Gegründeter Verdacht auf bestehende conträre Sexualempfindung. Seit der Pubertät häufig Weinkrämpfe. Wiederholt in den letzten Jahren pathologische Zornaffecte bis zu Toben und Suicidversuchen, mit Amnesie.

Erste Aufnahme in der Klinik im Anschluss an pathol. Affect, in dem sie sich Schnittwunden an den Armen zugefügt, einen Sprung durchs Fenster unternommen und dadurch complicirte Fractur beider Unterschenkel zugezogen hatte. Sie bot Clavus, Globus, l. Hemihyperästhesie und Ovarie, Stimmungswechsel, sah gelegentlich das Bett voll Schlangen.

Im Verlauf entwickelt sich Ataxie, die ziemlich hartnäckig ist. Am 6. Juni 1895 mit geringfügigen restirenden Gehstörungen entlassen.

Am 13. 6. 1895 wird Pat. Nachts 11 Uhr in schwerer Bewusstseinsstörung mit einem Fläschchen in der Hand auf der Strasse betroffen. Sie jammert über von ihr begangene Mordthaten, bezichtigt sich mehrerer Morde, die in den letzten Jahren in Wien vorgekommen sind. Sie habe auch ein grosses Tramwayunglück auf dem Gewissen, werde zur Strafe ihrer Sünden jetzt lebendig eingemauert. Man möge sie nicht lange leiden lassen. Die linke Hand ist roth gefärbt (Fuchsin?), riecht nach Phosphor. Die rothe Farbe ist Blut von ihren Mordthaten.

Keine Zeichen einer Vergiftung (Magenausspülung). An der Klinik theatralisch affectvolles Gebahren, Angst, Verzweiflung, Händeringen, Zittern am ganzen Körper, in Erwartung ihrer Verurtheilung.

Pat. schlaflos, aus ihrem deliranten Ideenkreise nicht ablenkbar, ganz unbeeinflusst durch die Vorgänge in ihrer Umgebung, die von früher her bekannten Räumlichkeiten und Personen nicht erkennend.

In derart dämmerhaft-traumhafter Verfassung, ganz unzugänglich, fast gar nicht schlafend, verharrt Pat. bis zum 22. 6. An diesem Tage kommt sie plötzlich wie aus einem Traum zu sich, hat nur eine vage

Erinnerung von ausgestandener grosser Angst, ist aber im Uebrigen amnestisch. Ihre Erinnerung bricht am 13. 6. plötzlich ab. Sie weiss nur noch, dass sie an der Fronleichnamsfeier theilgenommen hat, gedrückt, besorgt wegen ihrer Zukunft war. Irgend eines ursächlichen Moments für den Anfall transitorischer Geistesstörung ist sie sich nicht bewusst. Pat. ist nun lucid, aber gedrückt, nervös. Am 26., 28. und 30. 6. tritt nochmals der frühere Ausnahmszustand auf, dauert aber nur einige Stunden und hinterlässt jeweils Amnesie. Von nun an gewinnt Pat. allmählich ihr relatives psychisches Gleichgewicht wieder und wird Ende Juli 1886 genesen entlassen.

Eine weitere und beachtenswerthe Möglichkeit für die Entstehung von Dämmer- und Traumzuständen bei Hysterischen ist die Leichtigkeit, mit welcher zahlreiche solche Kranke in Autohypnose gelangen. Dies geschieht spontan durch individuell wirksame Sinnesreize oder Vorstellungen, namentlich wenn die Patienten emotionirt sind, oder mit der Sicherheit eines Experiments, sobald eine posthypnotische Suggestion zur Ausführung gelangt. In diesem Ausnahmszustand, der wieder verschiedene Modificationen bieten kann, ist ein sehr complicirtes Handeln auf eigenartiger, jedenfalls traumhafter Stufe möglich, indem im Rahmen des suggestiv erschlossenen Vorstellungskreises die Associationen ungestört stattfinden. In meiner „experimentellen Studie auf dem Gebiet des Hypnotismus“ 3. Aufl. sind diese Zustände eingehend studirt worden.

Ich verweise auf S. 7, 13 dieser Schrift (Diebstähle in Autohypnose), planloses Herumlaufen (S. 7, 14, 46), Selbstmordversuch (S. 39), Eintreten solcher Zustände mit der Leistung einer posthypnotischen Suggestion (S. 42—46).

Analoge Erfahrungen haben mitgetheilt: Pitres, leçons cliniques sur l'hystérie II p. 268; Proust, Bulletin méd. 1890 p. 107; Voisin, semaine médicale 1888, 10. August; Tissier, les aliénés voyageurs 1887.

Diagnostisch wichtig ist der Umstand, dass man auf hypnotischem Wege bei den betreffenden Individuen denselben Ausnahmszustand und damit das Gedächtniss für das in Autohypnose Erlebte hervorrufen kann. Ein solches Experiment beweist sicher die autohypnotische und damit hysterische Bedeutung eines Dämmer- und Traumzustandes.

Alkoholische Traumzustände.

Die nähere Kenntniss derselben verdankt man Crothers (the trance state in inebriety Hartford 1882), welcher nachwies, dass auch bei Trunksüchtigen Dämmer- und Traumzustände nach Art der epileptischen Aequivalente, bezw. des Somnambulismus vorkommen. Zustände, in welchen die Betreffenden anscheinend ganz bei sich sind, complicirte Handlungen vollziehen, aber, aus diesem Zustand zu sich gekommen, von allem Vorgefallenen nicht das Mindeste wissen.

In diesen Zuständen von einer Art Traumwachen werden die gewohnten Geschäfte besorgt oder auch dem gewöhnlichen Leben ganz fremde, selbst verbrecherische Handlungen begangen.

So theilt Crothers den Fall eines Eisenbahnconducteurs mit, der in solchem Zustand correct amtirte, aber von dem während desselben Ausgeführten sich keine Rechenschaft zu geben wusste.

Ein Anderer, ein Arzt, ging in seinen Anfällen, ganz gegen seine Gewohnheit und Denkweise, regelmässig in religiöse Meetings, hielt dort Reden, in welchen er sich als Sünder gerirte und Busse predigte.

Ein Weiterer, Jurist, machte regelmässig im Anfall sein Testament. Ein Lohnkutscher nahm fremde Pferde von der Strasse weg und führte sie in seinen Stall. In meinem Lehrbuch der gerichtl. Psychopathol. 3. Aufl. S. 199 findet sich ein der russischen Literatur entnommener interessanter Fall von Mord der Ehefrau in solchem alkoholischem Somnambulismus. Neuerliche Trunkexcesse scheinen der Wiederkehr solcher Trancezustände förderlich.

Die Frage, ob diese genuine alkoholische Zustände sind und nicht vielleicht hysterische oder epileptische Aequivalente (vermittelt durch Alkoholepilepsie) ist noch unentschieden.

Die beiden folgenden Fälle, aus meiner Erfahrung entnommen, sind geeignet, diese Dämmerzustände bei Potatoren zu illustriren.

Beob. 19. L., 39 J., Branntweinverschleisser, kam am 28. 8. 1894 aufs Polizeicommissariat und stellte sich als König Ottokar von Böhmen vor. Er war verwirrt, erregt, wurde noch an demselben Tage Abends der psych. Klinik übergeben. Er betrat sie lucid, berichtete, er sei am 28. Morgens seinem Beruf nachgegangen, habe um 9 Uhr 2 Gläschen Branntwein getrunken und wisse über alles seither bis zur Verbringung ins Spital Vorgefallene nicht das Mindeste. Er scheint den Tag über herumgedämmert zu sein.

Pat. bot bei der Aufnahme keine Zeichen von Trunkenheit. Er giebt zu und seine Frau bestätigt es, dass er Gewohnheitstrinker sei.

Bezüglich seiner curiosen Wahnidee weiss er nur mitzutheilen, dass er vor 15 Jahren durch 2 Monate Statist an einem Theater war, als solcher 14 Mal bei der Aufführung des bekannten Stückes von Grillparzer „König Ottokar's Glück und Ende“ mitwirkte, welches Stück damals grossen Eindruck auf ihn gemacht habe.

Als Kind „Gehirnentzündung“. Lernte erst mit 4 Jahren gehen. Keine Spuren von Rachitismus. Schädel normal. Geringe Zeichen von Alkoholismus. Nachforschungen bezüglich Epilepsie hatten ein gänzlich negatives Resultat. Entlassung.

2. Aufnahme 26. 6. 1896. Pat. erschien heute beim Polizeicommissariat in Begleitung seines 5jährigen Sohnes, stellte diesen als Kronprinz Ottokar, sich selbst als Kaiser von Mexico vor. Er sei gestern aus Mexico zurückgekehrt, habe unterwegs eine Schlacht mitgemacht und sei jetzt im Begriff, seinen Bruder, den Kaiser, in Schönbrunn, zu besuchen.

Auf der Klinik Abends am 26. aufgenommen, bot er Foetor alkoholicus, klagte Mattigkeit, verlangte zu Bett (sich offenbar in einem Hôtel glaubend) und bat, ihn als „Max, Kaiser von Mexico“ ins Fremdenbuch einzutragen. Er erbrach sich dann noch, klagte Kopfweh, schlief ein, erwachte am 27. Morgens, war lucid und sehr erstaunt, sich im Spital zu befinden.

Er erinnert sich, am 26. im Gasthause Nachmittags Wein und Bier getrunken zu haben, dann viel Kümmel in einem Branntweinladen am . . Platz. Dann sei er nach Hause gegangen. Für alle weiteren Ereignisse besitzt er auch nicht eine Spur von Erinnerung.

Auch diesmal gelingt kein Nachweis von Epilepsie, ebensowenig von einer anderen Neurose. Deutlicher Alkohol. chron. Seit 1½ Jahren alkoholintolerant. Am 30. 6. 1896 genesen entlassen.

Beob. 20. W., 32 J., ledig, Polier, stammt von einem trunksüchtigen Vater. Von 16 Geschwistern des Pat. starben 9 in den ersten Lebensmonaten an Convulsionen, 1 an Selbstmord in Psychose, 2 an organischen Krankheiten. Von den 4 Lebenden sind 3 Trunkenbolde, einer an periodischem Irresein leidend!

W. hatte bis zu seinem 4. Jahre Convulsionen gehabt. Er war in der Folge nie schwer krank gewesen. Von 16 Jahre ab wurde er ein Trunkenbold; in den letzten Jahren war er nie ganz nüchtern gewesen. Zahllose Abstrafungen wegen lebensgefährlicher Delicte und Eigenthumsvergehen.

Im Rausch pflegte W. ganz verkehrte Sachen zu machen. So stiess er sich Nadeln und Messer in die Hand, verbrannte sich die-

selbe mit Zündhölzern, verschlang Glasscherben, verschleppte Gegenstände, z. B. Pflastersteine, entkleidete sich u. s. w.

In solchem Zustand hatte er sich 1892 aus „Uebermuth" die 11 m hohe Böschung an der Reichsbrücke in Wien herabgestürzt und schwere Contusionen davongetragen.

Am 12. 11. 1895 Abends entfernte sich W. angetrunken aus einem Gasthause, nahm ein auf dem Tische liegendes Küchenmesser mit, ging in die Wohnung seiner Geliebten, einer Prostituirten, stiess ihr ohne Motiv, ohne ein Wort zu sprechen, das Messer in den Leib, entfernte sich gelassen, und lief dann noch herumdämmernd umher, bis er nach 2 h. arretirt wurde. Im Polizeiarrest soll er kurz getobt haben. Auf der Klinik kam er ruhig, im Bewusstsein schwer gestört an. Zu Bett gebracht, schlief er gleich ein und erwachte am 13. früh mit Amnesie für alles seit dem Nachmittag des 12. Vorgefallene. Erstaunt, aber nicht erschreckt hörte der ethisch ganz verkommene Mensch, was passirt war. Er konnte sich sein Vergehen nicht enträthseln, da er im besten Einvernehmen mit seiner Concubine gelebt habe. Vielleicht habe er sich einen Jux machen wollen!

Gewöhnliches Bild eines Alkoholismus chronicus. Keine Nachweise von Epilepsie.



III.

UEBER TYPISCHE DELIRIEN BEI EPILEPTIKERN.



Ueber typische Delirien bei Epileptikern.

(„Gottnomenclatur und Majestätsdelir“ — Samt.)

Es wäre für die Diagnostik in der Psychiatrie eine grosse Erleichterung, wenn die Beobachtung bei gewissen mit Wahnbildung einhergehenden Krankheitszuständen typische Delirien auffinden könnte. Sie würde damit praktisch auf eine Stufe gestellt mit der Syphilidologie und der Dermatologie, die aus in der Erfahrung sich als typisch erweisenden Hautveränderungen einen bestimmten Rückschluss auf die ursächliche Krankheit zu machen im Stande ist.

Ein solcher Gedanke schwebte schon Griesinger vor, als er (Arch. f. Psych. I p. 148) von Primordialdelirien sprach und diese „primären und congruenten Delirien“ mit den Farbendelirien bei Epileptikern verglich, deren etwaige visuelle Aura nur in wenigen Farbentönen (fast ausschliesslich roth) erscheine.

Gleichwie die visuelle Aura der Epileptiker die rothe Farbe bevorzugt (ich habe übrigens 1 Mal auch Abwechseln mit der complementären grünen gesehen), so scheint es auch typische Delirien bei diesen Kranken zu geben. Schon Skae (Journ. of mental science 1874) machte darauf aufmerksam, dass die Epileptiker häufig religiöse Hallucinationen haben und verwies in dieser Hinsicht auf Anna Leeds, welche durch ihre epilept. Hallucinationen die Sekte der Shakers, auf Swedenborg, dessen Delirien Sekten in Schweden und England, auf Mohamed, dessen Hallucinationen den Islam hervorgerufen haben sollen.

Auch Legrand du Saulle (étude médico-légale sur les épileptiques 1877) weist auf die Häufigkeit von Delirien und Visionen religiösen Inhalts bei Epileptikern hin.

Er kennt aber weder die Eigenart noch die diagnostische Be-

deutung derselben, registrirt sie einfach aus der Erfahrung und sucht, in Verkennung der primordialen Bedeutung dieser religiösen Ekstasen und Delirien, ihre Begründung rein psychologisch in pathologischer Religiosität[1] (Bigotterie). Zu dieser gelangen die Kranken, indem sie sich im Bewusstsein ihrer traurigen Lage der Religion in die Arme werfen.

Toselli „über die Religiosität der E.“, Archivio italiano per le malattie nervose 1879 März, findet bei zahlreichen E. bald dauernd, bald periodisch religiöse Delirien und Religiosität, diese oft in grellem Gegensatz zu der Reizbarkeit und moralischen Perversion dieser Kranken. Seine Erklärung der Bigotterie derselben deckt sich mit der Legrand du Saulle's.

Eine eingehende Würdigung findet in seinem Aufsatz das Delir. religiosum. Es dreht sich vorzugsweise um Hallucinationen und Illusionen. Die Erinnerung fehlt, wenn es mit einem epileptischen Anfall abschliesst, sonst ist sie vorhanden.

Die Kranken bekommen u. a. Befehle von Gott, ihre Angehörigen auch ins Paradies zu befördern, d. h. umzubringen, sie sind Propheten, Gottes Sohn, predigen, gerathen in Ekstase, können aber gleich darauf auf die unheilige Umgebung loswettern und nebenbei masturbiren. Zuweilen sind sie auch zerknirschte Sünder, Asketiker, aber nur ganz episodisch und gleich darauf wieder auf der Höhe der Exaltation und in Gottes Gnade. Sie haben oft Gefühle des Schwebens, Fliegens, auf Grund von Muskelanästhesie und damit verbinden sich Delirien von Himmelfahrten.

Auch dem zu klinischer Beobachtung talentirten, leider früh verstorbenen Samt (Archiv f. Psych. VI) ist die Häufigkeit religiöser Delirien bei Epileptikern nicht entgangen. Er verweist auf Fall 16 und 17 seiner Abhandlung, hält jene für specifisch und für pathognomische Zeichen des epileptischen Irreseins unter Umständen.

Als solche bezeichnet er: Stupor, rücksichtslose extremste Gewaltthätigkeit, Gemisch der eigenthümlichen religiösen Delirien („Gottnomenclatur“) mit Grössendelirien, speciell der Verflechtung der „Majestät“ in den Delirien und mit schweren ängstlichen Delir. Dabei traumähnliche Absurdität und Incohärenz, eigenthümliche Ver-

1) Diese Bigotterie als bemerkenswerthen Zug im epil. Charakter hat schon Morel (traité des maladies mentales p. 701) hervorgehoben. Howden (Journal of mental science 1873 Januar) und Echeverria (Americ. Journ. of insanity 1873 Juli) haben sie bestätigt. Samt (Archiv f. Psych. V u. VI p. 147) spricht von den „armen Epileptikern, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge und den Ausbund von Canaillerie im Leibe tragen“.

änderung des Bewusstseins, von theilweiser Lucidität bis zur Delirium tremens-artigen illusorisch hallucinatorischen Verworrenheit, verschiedenartiger Erinnerungsdefect.

Die folgenden Krankheitsfälle dürften geeignet sein, der Frage nach der Eigenthümlichkeit epileptischer Delirien näher zu treten.

Beob. 1. F. R., 30 J., Magazinsarbeiter, kathol., ledig, wurde am 12. 2. 1889 in der psychiatrischen Klinik aufgenommen. Er stammt von einem dem Trunk ergeben gewesenen Vater. Ein Cousin endete durch Selbstmord. Pat. soll als Kind nie schwer krank gewesen sein. Er litt nie an Convulsionen. Bigotterie war vor seiner Krankheit nie an ihm bemerkt worden. Anhaltspunkte für sexuelle Hyperästhesie und Masturbation liessen sich nie gewinnen. Mit 15 Jahren erschrak er heftig über Ratten. Nach 3 Stunden bekam er den ersten (klassisch) epileptischen Anfall. Er blieb epileptisch (häufige Vertigoanfälle mit automatischen Schluckbewegungen, seltene grosse Anfälle). Von etwa dem 20. Jahre ab kam es etwa 1 Mal im Jahre zu postepileptischem Delirium, nie nach kleinen Anfällen, sondern nur nach grossen und zwar serienartig gehäuften. Er war deshalb schon mehrmals in Irrenanstalten gewesen.

Seit einigen Jahren hatte sich grosse gemüthliche Reizbarkeit und Schwachsinn entwickelt. Ein besonderer Zug zum religiösen Gebiet war intervallär nie bei ihm vorhanden gewesen. Ab und zu sah er im Traum ein *rothes*, wie Gold strahlendes Madonnenbild.

Pat. bot in der mehrjährigen Beobachtung etwa 2 Mal jährlich psychisch epileptische Ausnahmezustände, in Inhalt und Verlauf bis auf die kleinsten Details ganz typisch. Sie stellten sich binnen 24 Stunden nach einem besonders schweren klinischen Insult oder häufiger nach einer Serie solcher Insulte ein, entwickelten sich ganz allmählich bis zur Höhe, um dann rasch abzuklingen. Das Bewusstsein war jeweils getrübt, aber nie aufgehoben. Die Erinnerung für die Anfallserlebnisse eine getrübte. Die Dauer des Anfalls betrug nie unter 18 und nie über 24 Tage. Während dieser Zeit kamen niemals epileptische Insulte vor.

Der postepileptische Anfall psychischer Störung begann jeweils damit, dass der sonst gleichmässig heitere, arbeitsame Kranke sich zu Bett legte, gedrückt, mimisch verstört erschien, über Kopfweh und l. Intercostalneuralgie klagte, schlaflos wurde, den Appetit verlor, constipirt war, schwer leidend aussah, fahles Gesicht und verfallene Züge bot.

Am 2. Tage wurde er dann ängstlich, beklommen, klagte Klopfen

und Bangigkeit in den Präcordien, Vibriren und Schmerzen im ganzen Körper, bot entschiedenen Krampfpuls, Angstschweiss und äusserte vage Befürchtungen, dass etwas Schreckliches bevorstehe. Während des 3. Tages pflegte der Kranke zu bemerken, dass das Zimmer kleiner werde und der Himmel näher komme. Er schaut erwartungsvoll nach diesem, sieht die Umgebung voll Unruhe und Verstörung. Er erkennt, dass der Weltuntergang bevorsteht, das jüngste Gericht sich naht. Er versichert, dass er wahr prophezeie, ermahnt die Umgebung Busse zu thun und sich mit dem Himmel zu versöhnen. Er leidet schon auf dieser Welt die Martern der Vorhölle. Gott sendet ihm die Schmerzen, um ihn zu läutern. Nun beginnen seine Augen aufzuleuchten, seine Miene verklärt sich. Er weiss es, dass Gott ihn durch Schmerzen prüft, dass er diese Prüfung bestehen und zur ewigen Glückseligkeit eingehen wird.

Er vergleicht sich mit Heiligen und Märtyrern, ist selig in seinen Leiden, bedauert die Anderen, die unbussfertig, den Weltuntergang nicht überstehen werden. Nun kommen beseligende Hallucinationen — er sieht die Engel am Himmelsgewölbe, hört sie singen. Gott Vater und Sohn erscheinen ihm am Himmel, sie neigen ihr Angesicht gütig zu ihm. Episodisch ist er noch von Furcht und Bangigkeit erfüllt, aber die Glückseligkeitsgefühle überwiegen. Endlich kommt die Apotheose. Er schwebt als gottbegnadeter, der Sinnlichkeit und irdischem Leid entrückter Sünder gegen Himmel. Der Himmel steigt vor ihm auf wie ein Gebirge, dieses theilt sich und Gottes Antlitz leuchtet ihm entgegen.

Mit verklärter Miene preist er die Freuden des ewigen Lebens. In diesem Zustand den Hörern der Klinik vorgestellt, vergleicht er sich mit Jesus vor seinen Richtern. Sich selbst überlassen, liegt er mit verzückter Miene da. Die Lösung des Anfalls erfolgt ziemlich rasch. Mit Ausnahme der Himmelsepisode, für die nur summarische Erinnerung besteht, ist diese für alle Details des Anfalls erhalten. Er corrigirt den „Unsinn“ vollkommen. Häufig kommt es nur zu abortiven Anfällen, in welchen er gedrückt, still ist, viel im Gebetbuch liest, über Intercostalschmerz, Herzbeklemmung, Beängstigung klagt, die ganze Umgebung fremdartig und in die Ferne gerückt appercipirt. Auch in diesen Zuständen ist die Miene verfallen, das Gesicht bleich, der Puls klein, tard. Gelegentlich kommt es in den Anfällen zu Geruchshallucinationen.

Beob. 2. F. L., 23 J., ledig, kath., Bauernsohn, von bigotten Eltern, seit der Pubertät der Masturbation ergeben, seit 3 Jahren schwer neura-

sthenisch, viel an Pollutionen leidend, bekam im Juli 1878 eine Contusion am Kopf durch Anschlagen einer Eisenstange. Er war in der Folge hypochondrisch, erschrak heftig im October 1878 über einen Mann, der vor ihm apoplectisch todt zu Boden stürzte, war seither schwer hypochondrisch, liess sich Ende Januar 1879 mit den Sterbesacramenten versehen und machte vom 27. 1. bis 7. 2. einen Exaltationszustand durch, in welchem er Visionen himmlischer und teuflischer Gestalten hatte, Zwiegespräche mit Gott hatte und predigte. Lucid geworden, erinnerte er sich aller Erlebnisse aus der Krankheitszeit und hatte volle Krankheitseinsicht.

Am 14. 2. 1879 stellte sich ein neuer religiös expansiver Erregungszustand ein, der ihn am 15. 2. meiner Klinik zuführte. Aufgenommen, liegt Pat. mit gefalteten Händen, verklärter Miene und zugekniffenen Augen da. Bei Annäherung des Arztes schlägt er das Kreuz „gelobt sei Jesus Christus, im süssen Namen Jesu".

Er erklärt, sich im Himmel zu befinden und zu heissen „wie es Gott gefällt". Als er noch auf der Erde wandelte, hiess er F. L. Die Ärzte hält er für göttliche Personen, die barmherzige Schwester für den hl. Geist, wegen der Flügel, die sie an der Haube hat. Den Wärter mit dem Schlüsselbund hält er für den hl. Petrus. Auf Erden sei es ihm schlecht gegangen; er sei aber auch ein arger Sünder gewesen, namentlich gegen das 6. und 7. Gebot habe er sich vergangen. Die Aufnahme der Anamnese hält er für eine Beichte, das ärztliche Protokoll für das Sündenbuch.

Er wolle gern für die eigenen und die Sünden der Welt leiden. Noch sei er nicht im Stande der Gnade, aber er hoffe dahin zu gelangen. Die Mutter Gottes habe ihn in einen Mantel gehüllt und Christus ein schönes Lied gesungen, das sei ein gutes Vorzeichen. Irdischer Speise bedürfe er nicht mehr. Er lebe von jedem Worte, das aus Gottes Munde fliesst.

Pat. ist hager, von normalem Schädel, bis auf fliehende Stirn und starken Prognathismus. Umfang 55 cm. Sehr weite, sehr träge reagirende Pupillen.

Grosse Abmagerung, sehr gesunkener Turgor. Livide, kühle Extremitäten. Krampfpuls. Nahrungsaufnahme nur auf energischen, angeblich göttlichen Befehl.

Am 23. 2. jäher Umschlag in ein depressives Delirium. Ganz verstört, ist Fürst der Hölle, der grösste Sünder, hat seinen Vater ins Unglück gebracht, indem er ihn verdammte. Massenhafte Selbstmordversuche. Seine Umgebung sind Heilige. Bevor er Fragen beantwortet, bittet er den hl. Geist um Erleuchtung und Erkenntniss, zu

antworten. Darauf schlägt er ein Kreuz und antwortet im „süssen Namen Jesu".

Am 1. 3. Remission. Recrudescenz des Delirs am 2.

Am 7. 3. wird Pat. plötzlich lucid. Er glaubte sich im Himmel, dann vor einem Gottesgericht. Volle Krankheitseinsicht. An seiner Krankheit seien seine Eltern wegen ihrer Bigotterie viel schuld. Erinnerung für alle Details. Pat. berichtet von massenhaften Visionen. (Gott Vater, Mutter Gottes, die ihm ein anderes Herz einsetzte, Jesus, der ihm offenbarte, er werde ein Heiliger werden.) Die Aerzte hielt er für die heilige Dreifaltigkeit. Massenhaft Geruchshallucinationen. Er habe sich nicht das Leben nehmen, sondern nur zur Busse für seine früheren Sünden und um Gott wohlgefällig zu sein, sich martern wollen. Von epileptischen Antecedentien ist nur ein Schwindelanfall kurz vor der Erkrankung auffindbar.

Pat. macht vom 18. 3. bis 7. 4. einen neuen Anfall durch. Er erwacht Morgens am 18. verstört, zerknirscht, klagt sich fleischlicher Sünden an, verlangt „Du" genannt zu werden, schwere Arbeit, Busse zu thun. Er kniet herum, leckt die Stiefel ab, steckt sich zur Busse einen Knochen in den Hals, wird dann salbungsvoll, verzückt, kneift die Augen zu, gelangt vor ein Gottesgericht, bittet um Gnade, erbietet sich die Himmelsthür auszukehren. Anfall sonst wie früher, aber milder. Auch diesmal abnorm weite Pupillen, Krampfpuls, Cyanose, kalte Extremitäten, Harnabsonderung maximal 700 cm pro die. Plötzliche Lösung des Anfalls.

Genesen entlassen 17. 4. 1879. Daheim wohl, fleissig, nie Erscheinungen von Epilepsie.

Am 7. 4. 1880 während eines Nachmittagsschlafes klassischer epil. Insult. In der Nacht zum 12. 4. nach Genuss von etwas Wein 5 weitere.

Am 13. 4. neues Delirium, ganz wie das erste in der Klinik beobachtete. Dasselbe dauert nur bis zum 17., daran reiht sich ein Dämmerzustand, der bis zum 2. 5. dauert. Pat. berichtet, wieder lucid geworden, Analoges wie das erste Mal, überdies von massenhaften, oft geradezu betäubenden Geruchshallucinationen (vorwiegend angenehme Blumendüfte — episodisch aber auch ekelhafte —, Rossschweiss u. dgl.). Bemerkenswerth ist, dass auch diesmal das Delirium anfangs sich um sexuelle Dinge drehte (Mutter habe Unkeuschheit mit ihm treiben wollen), ferner dass Pat. wiederholt bei Masturbation betroffen wurde.

Beob. 3[1]. Justmann, Köhler, 32 J., ledig, ist ein in einsamer

1) Maschka's Handb. d. ger. Med. IV p. 583 (eigene Beobachtung).

Gegend aufgewachsener, von Hause aus beschränkter, abergläubischer Mensch. Früh dem Alkoholgenuss, namentlich dem Branntwein ergeben, hatte er seit Jahren Excesse nicht mehr gut ertragen, vielfach an Kopfweh gelitten und, besonders bei heissem Wetter und angestrengter Arbeit, Congestionen zum Kopf bekommen. Er sei dann ganz roth im Kopf geworden, das Geblüt sei ihm aufgestiegen und es sei ihm ganz bang zu Muth geworden, oft sei es ihm dann auch ganz schwarz vor den Augen gewesen, doch habe er nie das Bewusstsein verloren.

In seinen Berauschungszuständen will er wiederholt aus dem Geräusche des vorbeifliessenden Baches Stimmen herausgehört haben. In der Nacht vom 15. August 1873, nach vorausgegangenen bedeutenden Alkoholexcessen, schwerer Arbeit am Meiler, bei grosser Sommerhitze, konnte J. nicht schlafen, er fühlte sich schwer im Kopf, schwindlig und war von einer unerklärlichen Bangigkeit geplagt. Er fand, dass der Köhlerhaufen so sonderbar krache. Gegen Morgen schlief J. auf kurze Zeit ein. Als er erwachte, fand er den Köhlerhaufen zusammengefallen und ganz verstört. Dieses kam ihm sonderbar vor, er meinte, es möchte ihm angethan sein. Als er mit der Wiederaufrichtung des Haufens beschäftigt war, wobei ihm der Knabe des Nachbars Hülfe leistete, hörte er aus dem nahen Wald den Ruf: „Geh heim, stehle ein andermal nicht". Er hielt die Stimme für die eines benachbarten Bauern und erwiderte: „Du bist auch unredlich". Bald darauf kam es ihm vor, dass sein Köhlerhaufen auf einem ganz anderen Platz sei, auch sein Geräthe habe er am unrechten Platz gesehen. Eine Stimme rief wieder: „Geh hinauf, leite dein Wasser ab". Dieses that er und trank noch am Brunnen. Dann ging er in die Hütte. Es war ihm so bänglich zu Muth.

Er fing an zum Heiland und seinen fünf Wunden zu beten. Als er sein Gebet beendet hatte, hörte er eine Stimme: „schau um", und als er diesem Gebot Folge leistete, sprach die Stimme: „Lenz, jetzt hat deine Stunde geschlagen", da habe er auf die Uhr an der Wand geschaut und gesehen, wie die Zeiger pfeilschnell herumgingen, dann hiess es: „Lenz, jetzt bist gestorben und im Himmel". Da sei er hinaus vor die Hütte, es sei ihm so bang geworden, er meinte wirklich, er sei gestorben. Ein Erdhügel sei vor ihm in die Höhe gestiegen und wieder zugefallen. Da sei des Nachbars Bub des Weges gekommen. Er habe gesagt: „Grüss Gott, bist auch gestorben?" Da rief es wieder: „Nimm ihn, bring ihn um". Er wisse nicht was es gewesen. Da habe er ihn genommen und umgebracht, indem er ihm den Kopf vom Rumpf mit dem Taschenmesser trennte und dann noch Brust- und Unterleibshöhle öffnete. Er begreife nicht, wie er das habe vollbringen

können. Gleich darauf sei der Nachbar gekommen und habe gerufen: „Jesus, jetzt bringt er mir den Buben um“, da habe es wieder gesprochen: „Bringe so viele um als du kannst“.

Da sei er dem Mann nach mit dem Messer in der Hand, und habe ihn in den Hals gestochen. Als der Mann in seinem Blute lag, hörte er den Befehl, ihm den Kopf mit einem Feldstein zu zermalmen, was er ausführte. Er wisse nicht, woher der Befehl gekommen, es sei doch weit und breit Niemand gewesen. Er habe nun noch immer geglaubt, er sei gestorben, habe sich hingelegt und ausgeruht. Es sei ihm da vorgekommen, als sitze er auf Petri Sessel. Bald darauf seien die Leute mit Gensdarmen gekommen und hätten ihn gebunden. Anfangs habe er noch geglaubt, er sei im Himmel und müsse jetzt Busse thun. Bald sei ihm aber die Einsicht gekommen. Er könne sich die Sache nicht erklären. In den folgenden Tagen im Arrest war Patient wieder ganz bei sich, er bereute tief seine grauenvolle That, man möge ihn nur strafen, er könne nichts dafür. Aus Verzweiflung versuchte er anfangs sich ein Leid anzuthun.

Die vorläufig nach dem Befund der Akten gestellte Diagnose auf trunkfällige Sinnestäuschung fand bei fortgesetzter persönlicher Beobachtung im Irrenhause, die keine Symptome von Alkoholismus, dagegen schon nach wenigen Monaten solche von Epilepsie erwies, ihre Berichtigung. Deuteten Intoleranz für Alkohol und pathologische Alkoholzustände vorläufig auf ein latentes Nervenleiden hin, so erwiesen Anfälle von nächtlichen Aufschrecken, solche von allgemeinem Schüttelkrampf mit tonischen Erstarrungszuständen, Schwindelanfälle, Zustände von Stupor, schreckhaftem Delir, endlich klassische epileptische Insulte, intervallär grosse Gemüthsreizbarkeit, zunehmende intellectuelle und ethische Verkümmerung des zudem sehr der Masturbation ergebenen Kranken die wahre Natur des Leidens und des früheren psychischen Ausnahmezustands. Hier und da wurden bei dem nun verblödeten Kranken auch noch religiöse Delirien beobachtet, in welchem er Gott von Angesicht zu Angesicht sah, sich im Himmel wähnte, die Umgebung für göttliche Personen verkannte, in ekstaseartigen Zuständen schwelgte, überwältigt von einem Gefühl unnennbarer Glückseligkeit, dass Gott mit ihm zufrieden sei, ihm seine Sünden verziehen habe.

Beob. 4. F., Hedwig, 24 J., angeblich unbelastet, hat als kleines Kind an Convulsionen gelitten. Sie ist imbecill; seit der Pubertät (im 15. Jahre) Auftreten von Morbus sacer. Klassische Anfälle, anfangs selten, neuerlich sehr häufig und schwer. Gelegentlich auch epileptische Anfälle in Gestalt von einfach bewusstlosem Zusammensinken.

Seit 1. 11. 1892 in erstmaligem postepileptischem Delir. Pat. wurde zuerst auffällig durch ihre verwirrten Reden. Sie bat, man möge mit ihr zur Kirche gehen, sie werde dort zum Himmel auffliegen, sie sei Kaiserin, sie habe das Herz der Kaiserin. Jetzt seien Alle glücklich, erlöst. Sie sang, betete viel, sprang zum Fenster hinaus und wurde am 5. 11. der Klinik übergeben. Schädel ohne Abnormitäten. Pallor, alle tiefen Reflexe sehr gesteigert. Innere Organe gesund. Pat. in sich versunken, giebt aber auf Fragen Antwort. Sie ist hier im Himmel. Wer sie ist, weiss sie nicht. Der Arzt wird für Christus gehalten. Episodisch ekstaseartiges Bild. Sie spricht dann leise, mit einförmig psalmodirendem Ton, Worte und Sätze unzählige Male wiederholend. In diesem Zustand reagirt Pat. nicht auf äussere Reize. Der Inhalt ihrer Rede ist ein religiöser, aber ganz verworren. Eine Probe ihres Deliriums ist folgende:

„Die Kaiserin ist gestorben; ich habe die Mutter Gottes gebeten, dass sie die liebe Kaiserin erlöse; sie hat mich schön angeschaut, ich habe so gebeten für sie, bin rund umgegangen, habe von unten hinaufgeschaut und da die Zunge nicht gespürt und bin zum Tod geworden und richtig ist mir besser geworden und bin schon langsam hinaufgegangen und habe Jesus so gebeten, weil er mich so schön lieb angeschaut, er hat gesagt „ja“, da bin ich wieder hinauf und habe gesagt: Mutter Gottes, hast du wirklich die Kaiserin erlöst? und richtig, ich habe sie erlöst und bin hinunter gekommen zum Teufel — lauter Schmutz muss ich schlucken und wenn ich ihn schlucke, so komme ich wieder; alle sind zu mir gekommen, hinauf in die Hölle und haben alle gesagt: Hedwig, du musst sterben und ich bin wieder hinuntergekommen und habe die Mutter Gottes so gebeten und richtig, sie hat mich wieder erlöst und ich werde jetzt ein Schutzengel und ich komme wieder zu meinem Traum und werde Alle erlösen. Mutter Gottes, hilf mir — ich spüre, dass ich hinunterkomme, ich habe den Traum erlöst und Jesus ist gekommen und hat alle Menschen besucht. Ich sehe in den Himmel, jetzt komme ich hinauf, ich werde ganz schwindlig, ich werde Staub werden, ich habe den Gedanken gehabt, dass Jesus mich abholt.“

Am 7. 11. schweigt das Delir. Bis 9. 11. Abends ist Pat. noch dämmerhaft, aber bereits örtlich orientirt. Dann wird sie plötzlich lucid. Die Miene ist frei, der Pallor geschwunden. Für die Anfallszeit besteht nur höchst summarische Erinnerung. In den folgenden Wochen klassische epileptische Insulte, ohne Aura, ohne postepileptisches Delir. Entlassung.

Beob. 5. St. Dienstmann, 25 J., ledig, erkrankte plötzlich am 11. 6. 1894 Abends, war aufgeregt, verwirrt, die Nacht zum 12. schlaflos, redete sinnlos von religiösen Dingen und sagte u. A., auf ein Heiligenbild deutend: „Vater, du hast mich vom Tode erlöst". Pat. geht am 12. früh verstört, verworren auf der Klinik zu, apostrophirt die Umgebung als „Brüder, Väter", umarmt den Arzt als seinen Bruder und fügt hinzu „ich will einen Kaiser haben". Gefragt nach Krankheit, erklärt er, er habe die hinfallende Krankheit. Wenn Gott ihn strafen wolle, nehme er ihm die Brust. Es ist jetzt Sommer, der Monat heisst December. Pat. weiss sich im Krankenhause, der liebe Gott habe ihn hereingemacht. Plötzlich schreit Pat. auf „ich bin der Kaiser Josef". Den Arzt bittet er, ihm eine gute Stelle im Himmel zu verschaffen. Pat. redet beständig vom Himmelsvater, erklärt sich in auffällig gereiztem Tone für den frommen Josef. Er hat einen guten Engel. Dieser spricht zu ihm im Namen des Himmelsvaters. Sein Vater ist gestorben solange er auf der Welt war. Er selbst hat nicht geheirathet, weil ihm das Herz so stark geblutet hat. Im Laufe des Tages wird der Arzt beständig als der Kaiser verkannt. Schwere Verworrenheit. In der Nacht zum 13. epileptischer Insult. Pat. ist nun ganz lucid, hat Amnesie für den Zustand des Delirs, theilt mit, dass er seit December 1893, nach Schreck über einen Brand, der im Hause ausbrach, an Epilepsie leide. Die Angehörigen bestätigen diese Angabe. — Klassische epileptische Anfälle, etwa alle 8 Tage wiederkehrend, jeweils mit postepileptischer Verwirrtheit durch etwa eine halbe Stunde. Intervallär emotiv, reizbar, aufgeregt.

Beob. 6. M. Gustav, 17 J., Lehrling, von mit Migräne behafteter Mutter, erlitt mit 6 Jahren einen Sturz auf den Kopf, wovon eine lineare Hautnarbe auf dem r. Stirnhöcker datirt, hatte von jeher viel an Cephalaea zu leiden, galt als unfolgsam, jähzornig, verlogen, gerieth 1892 unter eine Tramway, bekam beide Füsse abgefahren, musste amputirt werden, war seither oft tief verstimmt, bis zu Taed. vitae, hatte sich in den letzten Tagen sehr gekränkt und aufgeregt, weil ihm der Vormund kein Geld geben wollte und schrieb diesem einen Drohbrief.

Am 21. 9. 1893 Abends verursachte dem Pat. ein Sturz auf der Strasse starke Schmerzen im Amputationsstumpf. Er schlief aber gut in der Nacht zum 22. An diesem Tage litt er an Cephalaea, die aber Nachmittags schwand. Am 22. Abends, als er gerade im vollen Wohlsein ausgehen wollte, stürzte er bewusstlos zusammen. Dauer der „Ohnmacht" etwa 10 Minuten. Angeblich keine Krämpfe. Als Pat.

wieder erwachte, redete er irre: „ich bin aus der Hölle entwichen, ich fahre nach Amerika, Russland, du bist der Geist, komme mit! Ich bin schon Menschenfresser; auf der l. Seite habe ich die Seele, die thut mir weh." Auf die Klinik gebracht, ist Pat. ganz unzugänglich und delirirt vor sich hin: „ich bin Menschenfresser, ich habe den Kaber gemalt, bin 800 Jahre alt, muss mit dem Kaiser sprechen, habe ihm etwas zu sagen, was mir der Teufel gegeben hat". So bis zum 24., wo das Delir schweigt. Am 25. noch dämmerhaft, dann ganz lucid. Amnesie von dem Umstürzen am 21. Abends bis zum 25., von da ab summarische Erinnerung.

Pat. in der Folge geistig normal. Häufig Cephalaea, schlechter Schlaf, mit schweren Träumen von Bergen, die sich auf ihn wälzen. Intoleranz für Alkohol. Reizbar, emotiv. Keine irgendwie geartete epileptische Erscheinungen.

Am 15. 11. 1893 genesen entlassen.

Beob. 7. K. B., 38 J., pens. Militär, wurde am 31. 7. 1896 schwer delirant in meiner Klinik aufgenommen. Die Anamnese ist lückenhaft. Pat. soll als Kind schon eigenthümliche Anfälle von Bewusstseinstrübung mit Mattigkeit und Uebelkeit gehabt haben. Die ihm seit 1875 angetraute Ehefrau berichtet, dass er enorm reizbar und aufbrausend war und schon 6 Wochen nach der Heirath genuine epileptische Anfälle, meist Nachts und oft gehäuft bot.

Vor solchen sei er regelmässig congestiv, gereizt, brutal, verstört gewesen, nach solchen häufig delirant. Sein Delir bewegte sich dann in Gottnomenclatur. Er war aggressiv gegen seine Frau, ging mit dem Säbel auf sie los, würgte sie mit der Motivirung „Christus ist gekreuzigt worden, warum soll ich meine Frau nicht kreuzigen?"

Episodisch Vergiftungsideen, Suicidgedanken, wobei Pat. oft weinend stundenlang vor sich hinstarrte. Die deliriösen Anfälle dauerten einige Tage und gingen durch einen mehrtägigen Dämmerzustand, in welchem Pat. viel zu Geistlichen lief, in den luciden intervallären über. In letzter Zeit hatte man zunehmende Vergesslichkeit an ihm bemerkt.

Pat. geht in schwer gestörtem Bewusstsein, mit ganz entstellten Zügen, congestiv, fieberlos zu. Sehr frequenter Puls. Das Delirium ist ein schreckhaftes. Er glaubt sich bei der Belagerung der Festung Mantua, glühende Kugeln schiessen durch die Luft, die Festung geht in Flammen auf. Dann erscheinen Telephone an der Wand. Pat. vergleicht sich mit weinerlicher Stimme mit Christus, die Nachwelt wird bereuen, dass sie auch ihn (Pat.) gekreuzigt hat. Er ist ein Märtyrer. Schwere Verworrenheit, enorme Gereiztheit, Schlaflosigkeit.

Vom 7. 6. ab kommen Majestätsdelirien. Er hat Gespräche mit dem Kaiser, beklagt sich, dass man ihn gekreuzigt habe. Er zählt seine Verdienste um den Staat auf, hat das Telephon erfunden, spricht von Himmelfahrt, Erlösung, brüllt dazwischen „unterste Hölle, obere Hölle", ist ganz entsetzt über schreckhafte Visionen, bejammert einen Freund Sch., der aufgehängt wurde. Chloralhydrat bewirkt ausgiebigen Schlaf und Beruhigung. Pat. geht durch einen mehrtägigen Dämmerzustand hindurch, ist am 26. 6. wieder ganz lucid. Summarische Erinnerung. Weder vor noch während des Krankheitszustandes waren epileptische Anfälle zu bemerken gewesen.

Neuerliche Aufnahme am 22. 10. 1887. Ganz zerfahrenes Delir von Teufel, Gott, enorme Verworrenheit und Gereiztheit, die bei Nennung seines Namens sich masslos steigert. Der K. gehört an den Galgen, der Name K. hängt am Galgen. Er ist nicht der K., sondern der Pater Sch. Der Klostername wird es beweisen. Er will nicht essen, sein Name hat schon gegessen. Pat. hat wieder mit Telephonen zu thun. „Es ist nicht mit Gold zu bezahlen, ich will es vergolden lassen. Drei schöne goldene Berge hat er gehabt, gleich muss sie fortfahren". Gelegentlich Bitten um Verzeihung, Gott wird verzeihen. Massenhaft theils schreckhafte, theils göttliche Personen betreffende Gesichtshallucinationen. Auf ausgiebigen Schlaf durch Chloralhydrat wird das Delir am 24. abortiv. Darnach noch mehrtägiger Dämmerzustand. Diesmal Amnesie.

Pat. bald nach der neuerlichen Entlassung, angeblich in epileptischem Insult, gestorben.

Beob. 8. Herr M., Friseur, 51 J., wurde am 10. 7. 1878 auf die Klinik gebracht. Schwere Bewusstseinsstörung, tief verstörte Miene. Sehr gespannte Arterie. Puls 90. Vegetativ ohne Befund, fieberlos. Ganz zerfahrenes hypochondrisches Delirium — Pat. klagt über eckigen Schädel, verlängerte Füsse, vertauschte Kieferhälften, es steckt ein Rohr im Schlund, der Nabel ist herausgetreten, es zieht ihm da in den Körper hinein, dreht ihm die Kiefer um, das ganze Fleisch hängt an ihm herunter, sein Rücken schaut dem einer Eidechse gleich, sein Körper ist voller Wunden u. s. w. Irgendwelche Störungen der Sensibilität sind nicht nachzuweisen. Grosse Angst, Gereiztheit. Schwere Verworrenheit — „durch den Schrecken sind ganze Regimenter zu Grunde gegangen. In der Leintuchnaht ist ein Compass. Der Dominikanerthurm ist gestern aufgenommen worden". Episodisch Gottnomenclatur „Gott ist Allen gerecht, Gott beschützt auch ihn". Keine Majestätsdelirien. Vorübergehend Visionen von Feuer, schreck-

sche Thiere, die nach ihm schnappen, ihn auf der Haut brennen. Dauer des Delirs 3—4 Tage. Durchgang durch einen leichten Dämmerzustand. Intervallär moros, gereizt, seit einigen Jahren psychische Schwäche, jetzt ziemlicher Grad von Demenz.

Für die Dauer der deliranten Periode hat Pat. Amnesie. Solche Anfälle mehrmals im Jahr, seit etwa 10 Jahren, jeweils postepileptisch. Epilepsie geht bis auf die 20er Jahre zurück. Die Anfälle in Inhalt und Dauer fast völlig congruent. Alle möglichen Antiepileptica erwiesen sich wirkungslos.

Die vorstehenden Krankengeschichten sind ausgewählte Fälle aus einer Serie von 38 Beobachtungen meiner Erfahrung. Sie sind der These von Samt hinsichtlich der diagnostischen Bedeutung von religiösen Delirien in Verflechtung mit Majestätsdelirien und schwerem ängstlichem Delir entschieden eine Stütze, insofern sie fast ausnahmslos als postepileptische Erscheinungen zu Tage treten. Die Form der Epilepsie in den 38 Fällen war 34 Mal die der klassischen, nur 4 Mal die der vertiginösen.

Die Dauer des epileptischen Deliriums betrug nie unter 3 und selten über 14 Tage. Dann handelte es sich jeweils um neuaufgetretene, mit den vorhergehenden zusammenfliessende Anfälle.

Zu einem näheren Eingehen auf die jedenfalls zu den bestgekannten Formen des epileptischen Irreseins zählenden postepileptischen Zustände ist hier nicht der Ort. Ich beschränke mich darauf, diejenige klinische Gruppe, bei welcher „Gottnomenclatur“ und „Majestätsdelirien“ im Vordergrund stehen hinsichtlich der Art und der diagnostischen Bedeutung dieser Delirien einer genaueren Untersuchung zu unterwerfen.

Das Verhalten der Delirien war in den weiteren 30 dieser Studie zu Grunde liegenden Fällen folgendes:

9. Mann. Fast ausschliesslich expansives Majestätsdelir, lässt den Kaiser hochleben; episodisch schreckhaft, verstört: „unser Himmelvater will sterben“.

10. Mädchen. Sterbescenen. Gott, Mutter Gottes, Heilige erscheinen in der Todesstunde, trösten Pat.

11. Mann. Im Anfall Geistlicher, riecht Weihrauch, sieht Alles roth, hört Kirchenlieder, Glockenläuten, ist in Kirche, sieht Christus, predigt. Episodisch schreckhaftes Delir, sieht Verstorbene, wird von Gensdarmen verfolgt, hört Schiessen, verworrenes Geschrei. Himmelfahrt.

12. Mann. Schreckhaftes Delir (Hölle, Teufel, wird umgebracht), episodisch hält sich Pat. für Gott und glaubt sich im Himmel.

13. Mann. Gottesnomenclatur und Himmelsdelir. Singt Alleluja. Dabei sehr gereizt. Muss den verlorenen Sohn spielen.
14. Mann. Wechselnde Höllen- und Teufelsdelirien und Gottesnomenclatur (ist ein Heiliger, zum Himmel aufgefahren mit seinen Getreuen). Obscöne, göttliche Personen betreffende Delirien, mit Coitusbewegungen.
15. Mann. Spricht mit Gott, ist Kaiser, König, dabei höchst gereizt und gewaltthätig.
16. Mann. Bald im Himmel, bald in Hölle, rauft mit dem Teufel, besucht ihn, hat viel mit dem Herrn der Heerschaaren zu thun. Episodisch Stupor.
17. Mann. „Wo ist Gott? Gott will es. Wer hat 5 Finger? Gott. Es giebt mehrere Gott". Umgebung wird für göttliche Personen gehalten. Sieht den hl. Geist, liest Messe. Episodisch im „Richthaus", wird gerichtet.
18. Mann. Ist Kaiser, der Arzt ist auch Kaiser; er bittet ihn um eine gute Stelle im Himmel.
19. Mann. Schreckhaftes Delir (Tod, Teufel, Hölle), episodisch religiöse Exaltation, singt Hymnen, macht sich einen Altar.
20. Mann. Singt, wallfahrtet, glaubt sich im Himmel als Herrgott und Regent der ganzen Welt.
21. Weib. Gottesnomenclatur. Sieht Maria, Engel, arme Seelen, wallfahrtet. Ist Mutter Gottes. Arzt ist Gott. Erotisch, zudringlich.
22. Mann. Bekämpft und besiegt die Teufel. Wird Herrgott. Masslos gereizt.
23. Mann. Besiegt mit dem hl. Petrus die Hölle, kommt dafür in den Himmel, sieht dort Christus und die beiden Schächer.
24. Mann. Himmelsdelir, bekam dort den Morgenstern geschenkt. Episodisch wurden Soldaten gehängt, verbrannt, geschnitten. Endlich wurde er vom Obersten zum Himmel hinausgeworfen auf die Erde, wo er 30 Jahre arbeiten muss und dann Stellvertreter Gottes wird.
25. Frau. Erscheinungen göttlicher Personen. Ekstasezustände.
26. Mann. Singen, Wallfahrten, dabei höchst gereizt, bis zu homiciden Impulsen auf Grund von Angst, Feuervisionen.
27. Mann. Wahn dass die unheilige Umgebung Glauben und Religion gefährde. Der Glaube ist in Gefahr, verlangt dafür gekreuzigt zu werden, verkennt Umgebung als Teufel, kämpft für den Glauben, siegt, jubilirt, empfängt Gottes Dank, ist der wahre Gottesstreiter, proclamirt sich als Christus.
28. Mann. Ausschliesslich expansives Himmelsdelir.
29. Mann. Macht die Schöpfungsgeschichte und den Weltuntergang durch. Sieht die Sündfluth, das Fallen der Welten. Christus rettet ihn.
30. Mann. Wallfahrten. Singen von religiösen Liedern und der Volkshymne. Apotheose, Himmelfahrt.
31. Mann. Anfangs Angst, Gereiztheit, im Kampf mit dem Teufel siegreich, dann Abgesandter Gottes, der erste nach dem Kaiser. Episodisch Stupor.
32. Weib. Anfangs Sterbescene, wird ins tiefe Meer versenkt, glaubt sich bald im Wasser bald im Feuer, bald im Himmel bald in der Hölle, sieht verstorbene Eltern. Es kommt ihr vor, als ob man sie nothzüchtigen wolle.

33. Mann. Himmelsdelir. Hält den Arzt für Gott. Singt, psalmodirt.
34. Mann. Bloss expansives Himmelsdelir bis zur Ecstase.
35. Weib. Desgleichen, episodisch schreckhaftes Delir (Hölle).
36. Mann. Himmelsdelir. Ecstase.
37. Mann. Bunter Wechsel von Blut-, Feuer-, Höllen-, Himmel-, Gott-, Majestätsdelir.
38. Mann. Weltuntergang. Christus beschützt ihn. Hält den Arzt für Christus, liest Messe. Hier ist das Kaiserhaus. Arzt ist Kaiser. Episodisch Stupor.

Wie aus der vorstehenden Skizzirung der Delirien hervorgeht, spielen solche mit religiösem Inhalt die Hauptrolle. Ausschliesslich religiöses Delir findet sich in 28 Fällen, ausschliesslich Majestätsdelir in einem Falle, Combination beider in 9 Fällen.

In dem Gesammtbild des jeweiligen Delirs lassen sich zwei Vorstellungsgebiete unterscheiden, ein depressives und ein expansives. Da wo bloss eines derselben auftritt, macht es den Eindruck, als ob der Anfall ein abortiver wäre, das complementäre Delir nicht zum Ausdruck gelangt sei. In solchen Fällen mag Angst, enorme Gereiztheit, die mit dem vorhandenen expansiven Delir in Widerspruch steht, ein Hinweis auf den latent gebliebenen depressiven Vorstellungskreis sein.

Da wo dieser überhaupt klinisch zu Tage tritt, ist er ein einfach depressiver persecutorischer oder er ist religiös gefärbt (Anfechtungen der Hölle, verzweifelter Kampf mit höllischen Mächten, Tod, Sterbescenen, Sündhaftigkeit, Marterung, Kreuzigung, Gottesgericht u. s. w.).

Als eine bemerkenswerthe klinische Variante depressiven Delirs erscheint in seltenen Fällen (Fall 8) ein hypochondrisches, das durch enorme Verworrenheit und Ungeheuerlichkeit ein eigenthümliches Relief gewinnt.

Das klinische Interesse an diesen Delirien dreht sich um die Frage, inwieweit denselben eine specifische Bedeutung zuerkannt werden darf? Jeder Erfahrene wird der Ansicht beipflichten müssen, dass weder Gottnomenclatur noch Majestätsdelirien, noch beide zusammen an und für sich für Epilepsie beweisend sind, denn sie können auch bei nicht epileptischen Psychosen sich vorfinden. Wie so oft auf psychiatrischem Gebiete, kommt Alles auf die Entstehungsweise, den Zusammenhang solcher Delirien und ihre begleitenden Umstände an.

Die hier in Untersuchung stehenden Delirien sind solche primordialen Gepräges. Die depressiven unterscheiden sich von analogen, wie sie bei Melancholie vorkommen können, zunächst durch den Umstand, dass ein herabgesetztes Selbstgefühl hier nicht oder nur unvoll-

kommen zum Ausdruck gelangt, vielmehr das complementäre expansive Primordialdelir sich bemerklich macht und den Sünder früh unter dem Zeichen der göttlichen Gnade, des Martyrerthums erscheinen lässt, der Chancen für einen günstigen Ausgang des Gottesgerichts besitzt und Vorahnungen seines Triumphs über Tod, Hölle, Antichrist u. s. w. bis zu künftiger Apotheose in seinem Bewusstsein vorfindet. Dazu die Absurdität der depressiven Delirien.

Bezüglich der expansiven Delirien sind hervorzuheben: die eigenthümliche Verquickung religiöser mit Majestätsdelirien und auch mit depressiven („der Himmelvater will sterben“), die massenhaften begleitenden höchst plastischen Gesichtshallucinationen, die mit muskulären Anästhesien im Zusammenhang stehenden Himmelfahrten, das Delir im Himmel zu sein, die totale Verkennung der Umgebung im Sinne göttlicher oder fürstlicher Personen, das oft ganz unvermittelte Hereinbrechen schreckhafter, namentlich dämonomanischer Delirien, die auffällige Gereiztheit, bis zur Aggression gegen die Umgebung, seitens des doch der Wonnen himmlischer Freuden theilhaftigen Kranken. Dazu gesellen sich eventuell episodisch Stupor, Gesichtshallucinationen in rother Farbe (Feuer, glühende Kugeln, Blut Christi u. s. w.).

Bemerkenswerth sind ferner Krampfpuls, Pallor auf der Höhe des Anfalls, Abklingen desselben durch einen Dämmerzustand.

Mit der Häufung solcher klinischer Thatsachen kann der Schluss auf eine epileptische Deutung des Anfalls berechtigt werden, auch wenn die Anamnese verschleiert ist und Beweise für das Vorkommen irgendwie gearteter Zeichen der epileptischen Neurose nicht vorliegen. Eine interessante Frage ist auch die, warum religiöses und Majestätsdelir gerade bei Epileptikern so häufig zur Beobachtung gelangen. Bezüglich des ersteren liegt die Annahme nahe, dass es auf dem Boden einer sexuellen Erregung steht. Längst anerkannt ist ja die Thatsache, dass sexuelle und religiöse Exaltation einander verwandt sind und dass religiöse Delirien vielfach klinische Aequivalente erotischer sind (s. m. Lehrb. d. Psychiatrie 6. Aufl. S. 79 u. Psychop. sexual. 9. Aufl. S. 8 u. ff.).

Nicht minder bedeutungsvoll ist die von mir in meiner Psychop. sexualis S. 327 hervorgehobene Thatsache, dass überaus häufig bei Epileptikern, im Zusammenhang mit epileptischen Insulten und zur Zeit äquivalenter oder postepileptischer psychischer Ausnahmszustände, Erscheinungen sexueller Erregung sich vorfinden, so dass nicht zu bezweifeln ist, dass die mit dem epileptischen Insult einhergehenden Hirn-

veränderungen auch eine krankhafte Erregung des Geschlechtslebens hervorrufen können.

Diese klinische Grundlage für religiöses Delirium ist zur Erklärung jedenfalls festzuhalten, während die rein psychologisirende von Legrand du Saulle und Toselli, nach welcher solche Kranke sich im Bewusstsein ihrer traurigen Lage (in Folge ihrer Krankheit) der Religion in die Arme werfen, kein Vertrauen verdient.

Unter den 38 Kranken, an welche diese Studie anknüpft, fand ich thatsächlich nur 5, bei welchen Bigotterie zu constatiren war, eine geringe Zahl, wenn man bedenkt, dass jene grösstentheils ländlichen Kreisen von Steiermark angehörten.

Untersucht man dagegen die Vita sexualis der 38 Kranken, so gelang bei 17 derselben der Nachweis, dass sie sehr sinnlich waren und theils Excessen im Coitus, theils Masturbation ergeben waren.

Auch im Anfall ergaben sich vielfach Hinweise auf eine vorhandene sexuale Erregung. Ich rechne dahin Geruchshallucinationen, obscöne Delirien (Beob. 2, 14, 21, 32) und häufige Fälle, wo man solche Kranke in ihren bis zu gelegentlicher Ekstase sich erstreckenden expansiven Affecten über Masturbation betrifft.

Was die Majestätsdelirien betrifft, so wäre es denkbar, dass dieselben einfach als Aequivalente religiös expansiver zu betrachten sind, wenigstens erscheinen jene neben den anderen und oft geradezu stellvertretend im Krankheitsbild. Es begreift sich ja ohne Weiteres, dass der sieghafte Gottesstreiter sich der höchsten irdischen Macht gleichgestellt fühlt und episodisch sich mit ihr identificirt, gerade wie er schliesslich zur Apotheose gelangt.



IV.

UEBER IDIOPATHISCHES PERIODISCH WIEDERKEHRENDES IRRESEIN IN FORM VON DELIRIUM.



Ueber idiopathisches periodisch wiederkehrendes Irresein in Form von Delirium.

Unter den vielen psychopathischen Bildern, die ihrer klinischen Präcisirung und ätiologischen Begründung harren, bietet der in Rede stehende Krankheitszustand ein nicht geringes Interesse, weil seine Beziehungen zur Epilepsie in Frage stehen und der Nachweis der epileptischen Bedeutung des Krankheitsbildes ein weiterer und nicht gering zu schätzender Schritt auf dem Wege der ätiologischen Klarstellung der Psychosen sein würde.

Man ist berechtigt, solche Erscheinungen psychischer Erkrankung dem periodischen Irresein zuzurechnen, da sie die allgemeinen Züge des periodischen — brüske Entstehung und Lösung der Anfälle, typisch congruenten Inhalt und Verlauf derselben, wenn mit einander verglichen, aufweisen, unbeschadet etwaiger Unterschiede des Grades und der Dauer. Dazu kommt die Wiederkehr solcher Anfälle in annähernd gleichen Zeiträumen und ohne palpable (äussere) Veranlassungen, sodass man annehmen muss, dass die Summation oder Wiederkehr von centralen Reizvorgängen auf Grund einer dauernden Veränderung im Gehirn die Wiederholung der Anfälle vermittelt. Unzweifelhaft handelt es sich hier um Bilder idiopathischer Psychose.

Streng periodisch ist die Wiederkehr der Anfälle jedoch nicht immer; auffällig und an ähnlichen Verlauf bei Epilepsie erinnernd, ist das nicht selten serienartige Auftreten jener.

Von dem Bilde gewöhnlichen periodischen Irreseins entfernen sich diese Zustände weiter durch kurze Dauer derselben, durch tiefere Störungen des Bewusstseins, durch eigenartige psychomotorische Phänomene, endlich dadurch, dass sie sich als Delirium abspielen. Aus diesem

Grund kann man diese Krankheitszustände auch nicht mit der Form des periodischen Wahnsinns identificiren.

Die Eigenartigkeit dieser Zustände muss ohne Weiteres zugegeben werden.

Constante Symptome sind, ausser dem brüsken Ausbruch und der plötzlichen Lösung des Zustandes qua Delirium, die tiefere, auf einer Dämmer- oder Traumstufe sich haltende Bewusstseinsstörung, der verworrene Charakter des Deliriums, das, in bunter Vermischung der einzelnen Wahngruppen, ein hypochondrisches, persecutorisches oder Grössendelir sein kann; ferner die auf einen directen Reizvorgang in psychomotorischen Centren des Vorderhirns hinweisenden motorischen Störungen, die als sog. katatonische oder automatisch impulsive, zwangsmässige in Mimik, Sprache, Haltung und Bewegungen sich kundgeben und stereotyp in jedem Falle wiederkehren.

Dadurch bekommen diese Zustände viele gemeinsame Züge mit den psychischen Aequivalenten der Epilepsie, namentlich mit den protrahirten.

In der Literatur ist wenig von diesem Krankheitsbild die Rede. Morel (études cliniques 1853 II p. 115) scheint es zuerst beschrieben zu haben.

Er beschreibt einen Fall bei einem Hypochonder als periodisches manieartiges Irresein mit convulsivischem Lachen, grosser Bewegungsunruhe, akrobatenartigen Bewegungen. In einer späteren Arbeit (d'une forme de délire, suivi d'une surexcitation nerveuse, se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie larvée Paris 1860) theilt Morel 5 Fälle von periodisch wiederkehrender Aufregung mit Delir mit, die hierher gehören dürften. An den ersten derselben (periodisch wiederkehrende, typisch gleiche Anfälle von Zornwuth, mit blinder Rücksichtslosigkeit gegen die Umgebung, ganz ohne Motiv, mit schreckhaften Sinnestäuschungen, Delirien, ein Anfall dem anderen gleich, mit Lösung durch einen Stuporzustand und nur summarischer Erinnerung für das Vorgefallene) knüpft M. die Bemerkung, dass man hier an Epilepsie denken müsse, obwohl die Vorgeschichte des Falles keine epileptischen Antecedentien biete. Thatsächlich wurden später in diesem Falle massenhaft epileptische Insulte constatirt.

Als Ergebniss seiner Studie nimmt M. an, dass statt epileptischer Insulte psychische Zustände auftreten können, deren charakteristische Merkmale folgende sind: periodischer Wechsel zwischen Exaltation und Depression, intercurrente Paroxysmen von wüthender Tobsucht mit schreckhaften Hallucinationen, mit extremer Reizbarkeit, Amnesie für die in die Zeit der Anfälle fallenden Vorgänge, typischer Inhaltgleich-

heit des Deliriums gleichwie der extravaganten und gefährlichen Handlungen.

In seinem traité des maladies ment. 1860 p. 480 steht Morel nicht an, auf Grund zahlreicher Fälle, in welchen endlich doch der Nachweis der Epilepsie gelang, wesentlich aber auf Grund des eigenartigen klinischen Details und Verlaufs, diese eigene Art von Folie periodique als dem epileptischen Irresein zugehörig auszusprechen.

Kirn, in seiner Monographie der periodischen Psychosen 1878 S. 76, schildert solche Zustände als „centrale Typosen", ist aber nicht geneigt, sie zu den Manifestationen der Epilepsie zu rechnen. In meinem Lehrbuch der Psychiatrie habe ich seit 1879 dieselben unter den periodischen Psychosen besprochen und ihnen im Rahmen dieser eine besondere Stelle zugewiesen, die Frage ihrer epileptischen Bedeutung offen lassend.

Einen werthvollen Beitrag zu diesem dunklen klinischen Gebiete gab Pick (Archiv f. Psychiatrie XI. 1) durch Veröffentlichung eines typischen Falles (mit sichergestellter Epilepsie) mit sorgfältiger Epikrise, unter Anreihung eines zweiten, der aber keine epileptischen Antecedentien bot und überdies mit einer Paranoia complicirt war.

Ich habe in der letzten Auflage meines Lehrbuchs die Besprechung dieser eigenthümlichen Irresinnsanfälle, da sie selten sind und ich den Raum für Wichtigeres brauchte, unterlassen. Wenn ich an dieser Stelle auf dieselben zurückkomme, geschieht es, weil neue Erfahrungen sie in ein helleres Licht setzen und ihre Zugehörigkeit zum epileptischen Irresein nun nicht mehr zweifelhaft erscheint.

Versucht man das Krankheitsbild wie es in fremder und eigener Erfahrung sich darstellte, zu fixiren, so ist zunächst die Plötzlichkeit des Ausbruchs des Anfalls, mitten aus relativer Gesundheit und ohne palpable Ursachen, zu betonen.

In der Minderzahl der Fälle zeigen sich, wohl als Aura aufzufassende Vorboten (meist psychische in Gestalt heiterer, seltener depressiver Stimmungsanomalie, häufig Angst, Gereiztheit).

Zu den ersten und constanten Symptomen des sich entwickelnden Paroxysmus gehören Schlaflosigkeit, mimische Entstellung, enorme Reizbarkeit, bis zu aggressivem brutalem Benehmen gegen die Umgebung. In einzelnen Fällen zeigen sich fluxionäre Erscheinungen zum Gehirn. Früh sinkt die Bewusstseinsenergie auf eine Dämmer- bis Traumstufe herab. Es entwickelt sich Gedanken- und Bewegungsdrang, sodass man dem Beginn einer schweren Manie sich gegenüber zu befinden meinen möchte, aber diese Erscheinungen werden verdrängt durch ein hallucinatorisches Delir, das von nun an den gesammten

psychomotorischen Apparat in Anspruch nimmt. Ein oft geradezu kaleidoskopischer Wechsel von deliranten hallucinatorischen Situationen spielt sich in dem dämmerhaften Bewusstsein ab und bedingt bunt wechselnde Stimmungen von Angst bis zum Zorn, von Gehobenheit bis zur an Ekstase hinanreichender Exaltation.

Auffällig ist die grosse Gereiztheit, welche das Ganze durchweht und selbst in expansiven Stimmungslagen sich bemerklich macht, indem offenbar an der Schwelle des expansiven Ideenkreises befindliche depressive Vorstellungen in diesen hineinwirken. Umgekehrt kann man mitten in Angst und depressiver Stimmungslage ein Lächeln auf der Miene des Kranken auftauchen sehen.

Das Delir erscheint als depressives, persecutorisches, gelegentlich auch als hypochondrisches, als expansives, mit massenhaften Beziehungen zu Gottnomenclatur, Majestätsdelir. Als flüchtige Wahnpersönlichkeiten erscheinen die Kranken als Sünder, vom Teufel und schrecklichen Spukgestalten Verfolgte, von Tod, Feuer, Blut und allen möglichen Gefahren (Gottesgericht, Fegfeuer u.s.w.) Heimgesuchte, dann wieder als siegreiche Ueberwinder der Hölle, als Feldherrn, Propheten, Christus, Kaiser u.s.w. Entsprechend illusorisch umgestaltet erscheint die Aussenwelt und die Umgebung. Eigenthümlich erscheinen dabei der absurde Inhalt einzelner Wahnideen („Niemand", „Papagei"), die Verquickung von grauenvollen Martern mit Majestätsdelir, überhaupt von depressiven und expansiven Wahnideen.

Charakteristisch ist ferner schwere Verworrenheit durch tief gestörte Vorgänge der Association und bunt durcheinander geflochtene hallucinatorisch-delirante Situationen, bei erheblich getrübter und illusorisch gestörter Apperception der Aussenwelt. Ansätze zu maniakalischem Bewegungsdrang in Gestalt von Singen, Schreien, Wühlen, Schmieren, Zerstören erheben sich immer wieder, aber vielfach untermischt mit ganz impulsiven Akten (Würgen der Umgebung, blinde Aggression auf Personen und Objecte) und ganz sonderbaren Zwangsbewegungen und Zwangsstellungen (Gangtreten, Rotiren um die Längsaxe, Purzelbäume, Schwimmbewegungen, Stehen auf einem Bein, den gekreuzigten Christus imitirende Posen u.s.w.).

Auf der Höhe des Zustands kann es zu psychomotorischen Reizerscheinungen kommen, ähnlich einem beginnenden Delir. acutum (Zähneknirschen, Grimassiren, Lippenspitzen, Zungenschnalzen u.s.w.), dann wieder, in jähem Umschlag, zu ekstaseartigen Erscheinungen, Stupor.

Oder auch, es kommt zu Remissionen des Delirs und der motorischen

Erregung, bis zu Ansätzen von momentaner Lucidität, die aber meist Erschöpfungszustände darstellen.

Im Grossen und Ganzen erscheint der Gesammtanfall als ein solcher von intensiver Erregung psychomotorischer, psychischer und sensorieller Hirnrindengebiete, der jäh einsetzt, mit nur geringen Schwankungen abläuft und qua Delir ebenfalls jäh sein Ende erreicht, wobei aber Erscheinungen des zu Grunde liegenden Dämmerzustandes um Tage das Delir und die psychomotorische Erregung überdauern können.

Der Schwere des Anfalls dürfte Umfang und Grad der Erinnerung für die Erlebnisse in der Zeit desselben entsprechen. In schweren Fällen besteht Amnesie.

Die Dauer der Anfälle ist eine verschiedene. Gewöhnlich läuft der Paroxysmus binnen 10 Tagen ab. Längere Dauer scheint im Sinne der Recrudescenz bezw. Recidive, wobei die Anfälle in einander fliessen, denkbar. Die Wiederkehr derselben erfolgt in Zeiträumen von Wochen bis Monaten. Die Anfälle können in kürzerer Frist und mehrfach hintereinander sich wiederholen (serienartige Häufung), zuweilen bleiben sie abortiv. Die Prognose dürfte nicht so ungünstig sein, da jene jahrelang, ev. selbst dauernd ausbleiben können.

Therapeutisch erschien in dieser Hinsicht fortgesetzte und energische Behandlung mit Bromsalzen nicht ohne Werth. Zuweilen gelang es mir im beginnenden Anfall denselben mit Morphiuminjectionen zu coupiren. Auf der Höhe desselben erscheinen die gewöhnlichen Beruhigungsmittel (Brom, Chloralhydrat u.s.w.) wirkungslos.

Bezüglich des klinischen Details dieser interessanten Erscheinungen von mehr oder weniger ausgesprochenem periodischem Irresein in Form von Delir geben die folgenden 9 Beobachtungen Aufschluss.

Beob. 1[1]. Koban, 29 J., Handwerker, wurde am 12. 1. 1872 in halb erfrorenem Zustand und geisteskrank aufgefunden und ins Irrenhaus gebracht. Die Anamnese ist auf Pat. beschränkt, der nur anzugeben weiss, dass er seit Jahren etwa alle 3 Wochen einen Anfall von Irresein bekomme, der 8—10 Tage dauere und nur summarische Erinnerung hinterlasse. Pat. ist geistig geschwächt, gemüthsreizbar. Epileptische Antecedentien sind nicht zu ermitteln. Alkoholexcesse werden zugegeben. Die Beobachtung ergiebt Onanie. Pat. hat einen kleinen brachycephalen Schädel, der rechte Mundwinkel ist paretisch, steht etwas tiefer als der linke.

[1]) Beob. 1—4 aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie 1. Auflage.

Pat. bietet in der Folge in Zwischenräumen von 3—5 Wochen Anfälle von tobsuchtartiger deliranter Verworrenheit, die 8—15 Tage dauern und typisch gleich sind. Sie treten ganz plötzlich auf. Tiefe mimische Entstellung, zunehmende Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Fluxion zum Kopf, Steigerung der Pulsfrequenz bis zu 130 Schlägen, zunehmendes Lachen, Fortdrängen, bezeichnen ihren Eintritt.

Das Bewusstsein wird tief gestört, Pat. sieht wie angetrunken aus, verkennt die Umgebung, hält sie bald für fürstliche Personen, bald für Verfolger. Bunter Stimmungswechsel, enormer Gedankendrang, grosse Verworrenheit, Lachen, Singen, Tanzen, Zerstören, Kothschmieren, Grimassiren, heftige Fluxion, Salivation sind die fehlende Symptome. Auf der Höhe des Paroxysmus treten eigenthümliche Zwangsbewegungen auf, die stunden-, selbst tagelang in Form von taktmässigem Hin- und Herrotiren um die Längsaxe, Hin- und Herschleudern des Kopfes andauern. Zeitweise Erschöpfungspausen oder auch Remissionen, bei fortbestehender Bewusstseinsstörung.

Die Anfälle lösen sich, indem sie durch einen mehrtägigen Dämmerzustand hindurchgehen, in welchem Pat. grossen Sammeldrang zeigt, in den Spucktrögen wühlt, deren Inhalt in den Mund zu stecken bemüht ist und sehr reizbar ist.

Für die Krankheitserlebnisse hat Pat. nur eine höchst summarische Erinnerung. Morphiuminjectionen, Bäder und Digitalis mildern die Intensität der Anfälle, ohne sie abzukürzen. Wird Morphium bei den ersten Anzeichen des nahenden Anfalls angewendet, so gelingt es nicht selten, denselben zu coupiren.

Intervallär bietet der geistig bedeutend geschwächte Kranke ein halbloses läppisches Wesen und grosse Reizbarkeit. Die Anfälle sind in den letzten 2 Jahren seltener geworden, ohne ihren Charakter zu ändern. Nie konnten während 7jähriger Beobachtung epileptische Symptome irgend welcher Art constatirt werden.

Beob. 2. Lorisa, 38 J., verheirathet, Maurer aus Italien, wurde am 6. 10. 1875 aufgenommen. Die Anamnese ist auf Pat. beschränkt, der erbliche Anlage und epileptische Antecedentien bestimmt in Abrede stellt. Er giebt an, von jeher sehr regen Geschlechtstrieb gehabt, denselben seit dem 10. Jahre durch Onanie befriedigt, später viel an Pollutionen gelitten zu haben. Auch nach seiner Verehelichung habe ihm die Frau nicht genügt und habe er sich theils bei anderen Weibern, theils durch Onanie befriedigen müssen. Vom 15. Jahre an habe er auch stark zu trinken angefangen, Schnaps und Rum, zuweilen für einen Gulden täglich vertrunken. Pat. bietet auch den

echten Habitus des Potators. Er will früher, bis auf Variola im 16. Jahre, gesund gewesen sein. Die linke Hand verlor er durch Unvorsichtigkeit beim Holzschneiden.

Ende September 1875 wurde Pat. ungewöhnlich heiter, gesprächig und geschäftig. Am 4. Tage fand man ihn Morgens jubilirend und auf einer Wiese herumtanzend. Er that dies, weil ihm die hl. Dreifaltigkeit erschienen war und er Christus durch Tanzen für sich gewinnen wollte. Bei der Aufnahme grosse Bewusstseinsstörung, delirant, verworren — der Kaiser habe ihn hierher geschickt, er sei im Namen Christi gekommen. Er singt, schreit, tanzt, die Stimmung wechselt ebenso wie die Apperception im Handumdrehen. Er verkennt bald die Umgebung feindlich, schreit, heult, tobt, wird aggressiv, bald ist er sehr devot, begeistert, glücklich und hält den Arzt und Wärter für Engel, Heilige.

Pat. ist schlaflos, congestiv, mimisch tief verstört. Herztöne schwach, dumpf, der Puls meist 40, übersteigt nie 50 Schläge und ist tard. Schmaler, fliehender Stirnschädel, der rechte Mundfacialis paretisch, leichtes Zittern der Hände und der Zunge. Der Verlauf bewegt sich in Remissionen, in welchen er singt, in Lustaffecten bis zur Ekstase schwelgt, vorübergehend auch zornige Affecte bietet, und in Exacerbationen mit verworrener Gedankenflucht, Schmieren, Zerreissen, Zerstören. Pat. geht durch einen Zustand psychischer Umdämmerung mit maniakalischen Elementen und auffälliger Reizbarkeit in den Stat. quo ante zurück.

Solche Anfälle wiederholen sich typisch congruent in Zwischenräumen von 5 Tagen bis einigen Wochen und dauern 3—4 Wochen.

Sie beginnen mit Schlaflosigkeit, grösserer Reizbarkeit, Unstetigkeit, gedrückter Stimmung, die damit motivirt wird, dass die für Heilige gehaltenen Personen der Umgebung die Befehle Christi nicht achten. Er bittet um Verzeihung für die Umgebung. Nach 2tägiger Dauer dieses gedrückten Zustands wird Pat. begeistert bis zur Ekstase. Sein Bewusstsein sinkt auf traumhafte Stufe, sein Gedankenablauf wird beschleunigt bis zur Verworrenheit. Er glaubt sich im Paradies, sieht den lieben Gott, unterhält sich mit den Engeln, weint, lacht, tanzt, singt, küsst den Boden, zerreisst Kleider, gestikulirt als Reaction auf diese Visionen und Delirien. Endlich geht er durch den erwähnten Dämmerzustand in den ruhigen zurück.

Pat. corrigirt intervallär nicht seine deliranten Erlebnisse, für die er eine ziemlich getreue Erinnerung besitzt. Er schildert seine Paradiesesvisionen, das Glück, Christus zu sehen. Wenn er seine Kleider zerreisse, so geschehe es, um sich wie Christus anzuziehen; wenn er

zornig sei, so verfolgten ihn die armen Seelen, die er über sich sehe und deren Stimmen er höre. Auch im intervallären Zustand vermag Pat. jederzeit das Paradies als einen Blumengarten vor sich zu sehen. Er geräth dabei in Entzücken, küsst das vermeintliche Paradies (den Boden) und wundert sich, dass es die Anderen nicht auch sehen. Auch andere Vorstellungen kann er plastisch vor sich sehen, jedoch bedarf es dazu längeren Schliessens der Augen und einiger Anstrengung.

Morphiuminjectionen wirkten auffallend günstig und vermochten seit Anfang 1879 die Anfälle, wenn rechtzeitig vorgenommen, zu coupiren.

Unter dieser Behandlung blieb sogar Pat. vom 18. 3. an bis zum Tage seiner Heimverbringung (6. 10. 1879) von ferneren Anfällen frei.

In der 4jährigen Anstaltsbeobachtung wurden nie epilepsieartige Symptome beobachtet.

Beob. 3. Petrosch, 25 J., ledig, Apotheker, stammt von einem schwindsüchtigen Vater, dessen Bruder und Schwester irrsinnig waren. Pat. war als Kind schwächlich, so dass man an seinem Aufkommen zweifelte, litt bis zum 11. Jahre an allgemeinem Jucken und Hautbrennen, war gut begabt, aber von düsterem melancholischem Temperament. In der Schule soll er nach dem Zeugniss eines Kameraden wiederholt epilepsieartige Anfälle gehabt haben. In den Schuljahren geistige Ueberanstrengung und Kummer über unglückliche Familienverhältnisse. Schon damals will Pat. oft Gefühl und Furcht irrsinnig zu werden gehabt haben. Mit 17 Jahren schwere „Meningitis“. Einige Monate nach dieser acuten cerebralen Erkrankung 1. Anfall von Irresein, dem bis Frühjahr 1875 14 gleichartige von 14—20 Tagen Dauer folgten.

Am 31. 5. 1875 liess sich Pat. zu einem Kurversuch in der Irrenanstalt aufnehmen.

Pat. ist schlank, von rachitischem Thorax und Schädel. Der Descensus testiculi fehlt rechterseits. Mässiger Grad von Staphylom auf beiden Augen. Epileptische Antecedentien irgend welcher Art stellt Pat. in Abrede, Onanie kann ausgeschlossen werden.

Aus der Anamnese geht hervor, dass die früheren Anfälle nicht streng periodisch und meist im Anschluss an Gemüthsbewegungen auftraten. Als Prodromi sollen Schlaflosigkeit, träumerische Versunkenheit, Obstipation, Fluxion zum Gehirn, verglastes Auge, stierer Blick während mehrerer Tage bemerkbar gewesen sein. Rasch erreichte dann Pat. die Höhe des Anfalls, in welchem Fluxion, Verstopfung, Schlaf-

losigkeit, Sprachlosigkeit, Gangtreten, impulsive Acte, wie z. B. Würgen der Umgebung, Zerstören von Fensterscheiben besonders auffällig waren. Pat. will in diesen Anfällen das Bewusstsein nie ganz verloren haben. Er habe jedesmal schreckliche Bilder von Krieg, Schlachten gehabt, sich für einen Feldherrn gehalten und gemeint, er müsse Krieg führen, um seinem Vaterland zur früheren Machtstellung zu verhelfen. Die Anfälle lösten sich plötzlich.

Intervallär fiel ein Zug von Bigotterie, Vorliebe für Bibelstudium, scheues, in sich gekehrtes Wesen bei dem Kranken auf. Er meinte, er lebe für's Jenseits, klagte auch, dass sein Gedächtniss und Auffassungsvermögen nothgelitten habe. Häufig auch Kopfweh.

Bis zum 2. 12. 1875 bot Pat. nichts weiter Auffälliges und besorgte zur Zufriedenheit die Hausapotheke. Von da bis zum 12. 12. 1875, ferner von 26. 9. bis 3. 10. 1876, vom 31. 10. bis 6. 11., vom 7. bis 13. 12. 1876, vom 8. 1. bis 18. 2. 1877, vom 24. 1. bis 28. 1. 1878 wurden Anfälle beobachtet, die typisch congruent waren.

Sie begannen mit Schlaflosigkeit, sentimentaler Stimmung, in welcher Pat. seinen Leidensgefährten Geld, Cigarren, Bücher schenkte. Dann kam Gedankendrang, der sich immer mehr steigerte, Thätigkeitsdrang, in welchem sich Pat. getrieben, wie von einer höheren Macht zu Arbeitsleistungen angespornt fühlte. Er machte dann weit über sein Vermögen gehende Bestellungen von Büchern, Zeitschriften, kramte in Büchern, Effecten, bis Alles in grösster Unordnung war.

Der eigentliche Paroxysmus trat dann binnen 2 Tagen und ziemlich plötzlich ein. Pat. wurde mimisch tief verstört, gerieth in einen tiefen Dämmerzustand. Der Blick war stier, die Bulbi anästhetisch, die Pupillen mydriatisch, die Augen weit aufgerissen, der Puls klein, frequent, die Arterie eng contrahirt, die Extremitäten kalt, cyanotisch.

Pat. verharrte stundenlang starr auf einem Fleck, dann kamen wieder motorische Erregungszustände, in welchen er sang, pfiff, grimassirte, laut auflachte, herumtanzte, zwangsmässig auf dem Corridor auf- und ablief, die Kranken stiess, schlug, auf allen Vieren herumkroch, unter dem Billard Schwimmbewegungen machte. Andauernde Stummheit und Schlaflosigkeit, oft ganz verklärtes Gesicht.

Die Lösung der Anfälle war eine plötzliche unter Aufhellung des Bewusstseins, Weich- und Vollwerden des Pulses und wiederkehrender normaler Circulation in den Extremitäten.

Pat. erinnerte sich ziemlich treu der Krankheitserlebnisse. Sie waren immer dieselben. Zuerst kamen Liebesgedanken, dann fühlte er sich als Arzt, der Visiten mache, dann als Rathgeber Sr. Majestät oder eines hohen Kirchenfürsten, endlich als Feldherrn und Kaiser,

der Schlachten schlage. Die Umgebung wurde für hohe kirchliche und politische Würdenträger gehalten. Eine Motivirung der impulsiven Acte vermochte Pat. nicht zu geben. Ein wirrer Gedankendrang machte den Inhalt seines Bewusstseins aus. Hallucinationen habe er dabei nicht gehabt.

Nach den Anfällen fühlte sich Pat. jedesmal noch einige Tage matt, erschöpft, empfindlich gegen Lärm, menschenscheu, etwas gedrückt, wehmüthig.

Vom 2. 3. 1877 bis 22. 1. 1878 nahm Pat. täglich 6,0 Bromkali. Die Anfälle blieben während dieser Zeit aus, aber eine grosse Impressionabilität, zeitweise Morosität und Gereiztheit machten sich dafür bemerklich. Als Pat. das Mittel aussetzte, stellte sich sofort wieder ein Anfall ein. Wiederholt wurde von Morphiuminjectionen eine intensitätsmildernde und abkürzende Wirkung beobachtet.

Am 26. 2. 1878 wurde Pat. nach seiner heimathlichen Irrenanstalt versetzt. Dort kehrten (ohne Bromkali) die Anfälle in Intervallen von 1 Monat 7 Mal wieder. Pat. entschloss sich von Neuem zu Bromkali. Abermaliges Ausbleiben der Anfälle.

Beob. 4. Bratschko, 51 J., ledig, Zimmermann, wurde am 23. 4. 1878 in's Spital gebracht, da er durch ganz verworrene Reden und Handlungen im Gasthaus auffällig geworden war.

Pat. ist gross, der Schädel normal, ohne Spuren einer Verletzung, die Miene verworren, ganz entstellt. Ausser Lungenemphysem, einer Schankernarbe am Penis und Hypospadie findet sich am Körper nichts Bemerkenswerthes. Pat. befindet sich in einem eigenthümlichen Dämmerzustand und ist sehr verworren. Er behauptet, seit 5 Tagen schon hier zu sein im Krankenhaus, wo die Menschen geschlachtet werden. Man möge ihn doch lieber assentiren, als aufhängen oder köpfen. Er habe 3 Söhne, der dritte sei er selbst. Sein Vater habe ihn verhext, in ein Pferd verwandelt und verkauft. Pat. dämmert umher, zeigt Sammeldrang, verkennt oft die Umgebung feindlich, faselt von Getödtetwerden, schimpft, haut um sich.

Anfang Mai tritt eine plötzliche Lösung dieses eigenthümlichen Dämmerzustands ein, für den Pat. nur eine summarische Erinnerung hat. Er giebt an, sein Vater sei epileptisch, höchst jähzornig gewesen und habe ihn oft geprügelt. Er selbst sei durch einen Fall vom Gerüst und den Schrecken dabei im 27. Jahre epileptisch geworden, habe in der Folge öfters convulsive Anfälle gehabt, sei auch mit 21 Jahren einmal kurze Zeit ganz verwirrt gewesen, habe getobt, sodass man ihn binden musste.

Eingezogene Erkundigungen ergaben, dass Pat. seit Jahren herumvagabundirte und wegen Bettels mehrfach abgestraft worden war. Die epileptischen Antecedentien sind auf die Angaben des Pat. beschränkt. Die 1½ jährige Beobachtung konnte nie etwas der Epilepsie Verdächtiges ermitteln. Jedoch bietet Pat. intervallär das exquisite Bild des epileptischen Charakters. Er ist ein moroser, reizbarer, jähzorniger, muckerischer, augenverdrehender Mensch, der vielfach die Thatsachen entstellt wiedergiebt, mit der Umgebung beständig in Unfrieden und Streit lebt, mit Allem unzufrieden ist, Alles besser versteht, gleichwohl aber die christliche Demuth zur Schau trägt, Gott immer im Munde führt und sich nie von seinem Gebetbuch trennt.

Am 31. 10. 1878, nach schlafloser Nacht und vorgängiger grosser Reizbarkeit, erschien Pat. mimisch tief entstellt und im Bewusstsein schwer gestört. Er erklärte sich für den Niemand, für einen Papagei, der durch seine vielen Studien zum Narren geworden sei. Nun sei Alles aus, er sei der Teufel. Lebhafter, tief verworrener Gedankendrang. Pat. schlägt taktmässig auf die Bank, strangulirt seinen Penis, grimassirt, steht auf einem Bein, nimmt ganz verzwickte Stellungen ein, rutscht auf dem Boden mit gespreizten Beinen herum, behält gegebene Stellungen bei, liegt auch gelegentlich wie der gekreuzigte Christus auf dem Boden da, mit zugekniffenen Augen und aufgesperrtem Mund. Andauernd tiefer Traumzustand mit feindlichem Verkennen der Umgebung, offenbar auch schreckhaften Hallucinationen. Als Reaction auf solche: zeitweises Schreien, Stöhnen, Poltern an der Thür.

Pat. ist schlaflos, nimmt wenig Nahrung; der Puls sehr frequent, die Bulbi anästhetisch, der rechte Mundwinkel paretisch. Durch einen mehrtägigen Dämmerzustand, ganz wie das erste Mal, findet der Anfall am 15. 11. seine Lösung. Pat. hat nur höchst summarische Erinnerung, motivirt sein verkehrtes Treiben mit befehlenden Stimmen und heftiger Angst. Er habe gehört, er solle gemartert werden.

Nach wie vor der reizbare, unzufriedene, querulirende, arbeitsscheue, bigotte, mit der gottlosen Umgebung unzufriedene, hochmüthige Sünder, der am liebsten mit dem Gebetbuch sich herumtreibt.

Am 9. 5. 1879 nach mehrtägiger gesteigerter Morosität und Reizbarkeit, sowie Schlaflosigkeit, wird Pat. wieder tief verworren, mit ängstlich verstörter Miene betroffen. Er hat in letzter Nacht ins Bett urinirt (!), sich in die Ohren gestochen, bietet wieder die bekannten Zwangsstellungen, und Zwangsbewegungen, bittet die Umgebung um Entschuldigung, dass er sie umgebracht habe, titulirt den Arzt Majestät, wähnt sich in einer kaiserlich politischen Anstalt, brüllt nach dem Kaiser: „warum lässt du mich so martern, Herr Kaiser“, deutet aufs

Bein, das solle man ihm abschneiden, ob er denn der B. sei, spricht wieder vom Abschlachten u.s.w., ganz wie im früheren Anfall. Traumhafte Verworrenheit. Pat. schmiert sein Essen herum, wäscht den Penis in der Suppe, beisst oft ganz impulsiv in seine Kleider, macht Purzelbäume, steht auf dem Kopf, liegt dann wieder regungslos in der Position des gekreuzigten Christus da, macht rudernde Bewegungen, wie wenn er auf dem Wasser wäre.

Am 23. 5. stellt sich eine mehrstündige Remission mit leidlicher Klärung des Bewusstseins ein, in welcher er mittheilt, dass er vor Angst, ermordet zu werden, und über einen Feuerschein, den er gesehen, so unruhig war.

Nach einem mehrtägigen Dämmerzustand, in welchem der Arzt wieder als Majestät verkannt wird, ist der Anfall am 2. 6. vorüber.

Am 6. 10. neuer Anfall, der bis zum 21. 10. dauert und im Wesentlichen ganz gleich den früheren sich darstellt. Pat. ist wieder tief verworren, mimisch verstört. Er will sich die Zähne ausreissen, krallt sich ängstlich am Fenstergitter an, verlangt, man solle ihm die Zunge lösen, das Glied abschneiden, weil er der Schinder war. Er verlangt, verbannt oder verbunden zu werden im Gebirg, spricht viel vom Schlachten, von Feuer, man könne ihm den Kopf wegschneiden und in 3 Tagen sei er wieder drauf. Auf der Höhe des Anfalls wieder die Zwangsbewegungen (Fensterrutschen, Kopfstehen, Purzelbäume, Ruderbewegungen u.s.w.), feindliche Verkennung der Umgebung, bis zur Gewaltthätigkeit, beschleunigter, verworrener Gedankenablauf, der sich um Tod, Blut, Feuer, Gottnomenclatur und Majestät dreht.

Pat. spricht viel von der Mutter Gottes, er sei ein Prophet gewesen, nun ein Kaiser; der Kaiser hat heute Nacht die Kaiserin erschossen, der Arzt wird wieder als Majestät begrüsst.

Am 11. mehrstündige Remission, in welcher momentan die Umgebung erkannt wird. Dann wieder tiefe Verworrenheit, in welcher Pat. von Blut, Feuer, Teufel, von Hand- und Fussabschneiden faselt.

Vom 14. an geht der Kranke in den, den Anfall beschliessenden Dämmerzustand über, in welchem noch ab und zu von Majestät, Blut, Feuer die Rede ist. So behauptet er u. A., es sei nicht seine Schuld, dass er Zeuge gewesen sei, wie der Vater die Mutter gemordet habe und die grosse Blutlache auf dem Boden entstanden sei.

Bemerkenswerth ist noch, dass auf der Höhe der Anfälle jedesmal die Arterien krampfhaft contrahirt, die Extremitäten kühl und leicht cyanotisch waren und mit der Lösung des Anfalls auch der Gefässkrampf sich löste, der Puls voller, weicher, die Extremitäten wieder warm wurden.

Beob. 5. B. G., 26 J., verh., kathol., Schneidergehilfe, ist submicrocephal (Schädelumfang 52), imbecill, kam auf die Klinik wegen eines Aufsehen erregenden Verfalls. In unsinniger Folgegebung eines Traums (ein weisser Mann, Abgesandter Gottes, erschien ihm und theilte ihm mit, es sei Gottes Wille, dass er zum Kaiser reise, den Monarchen ums Geld bitte, damit er lesen und schreiben lerne und damit sein Glück mache) war Pat. aus Ungarn nach Wien gereist und hatte, als man ihn in der Hofburg nicht vorliess, ein Monument erklettert und daselbst geschrieen. Pat. corrigirte bald, blieb ruhig, geordnet. Er berichtete, dass ihm öfter vom Himmel und Flug dahin träumte.

Keine epileptischen Antecedentien.

Am 24. 11. wird Pat. plötzlich unruhig, beginnt zu schreien, gesticuliren und Schiessbewegungen zu machen. Er wird rasch höchst verworren. Sein Delir bewegt sich nur in Gottnomenclatur und Majestätsdelirien. Er schiesst auf Gott. Gott hat es erlaubt, weil ihn Teufel umgeben. Er hat auf Befehl des Kaisers Sonne, Mond und Sterne anschiessen müssen. Pat. ist schlaflos, mimisch ganz verstört, rennt in der Zelle herum, macht beständig Schiessbewegungen und schreit dazu: „Bum, Bum.“

Episodisch hält er seinen Schatten an der Wand für den Teufel und kämpft mit ihm. Im Uebrigen Gottnomenclatur, Majestätsdelir. Vorübergehend Nahrungsweigerung, weil Gift in den Speisen sei. Am 26. Abends sieht sich Pat. von einer Menge rother Köpfe umgeben. In der Ecke sieht er Jesus Christus, dessen Blut an den Wänden herabtrieft.

Am 28. 11. ist Pat. plötzlich lucid. Amnesie für den ganzen Krankheitsanfall. Nach wie vor kein Nachweis von epileptischer Neurose möglich. Mit Rücksicht auf die eigenthümlichen Delirien, die enorme Verworrenheit im Anfall und die rothen Phantasmen wird gleichwohl die Diagnose auf Delir. epilepticum gestellt.

Am 18. 12. neuer Anfall. Vorwiegend religiöses Delir., glaubt sich im Himmel; gelegentlich Majestätsdelir. Schwere Verworrenheit. Episodisch Stupor. Der Gesammtanfall dauert 9 Tage. Plötzliche Lösung. Amnesie.

Bis zum 22. 5. 1886, wo Pat. nach seiner Heimath reist, noch 2 solcher Anfälle, nie aber gewöhnliche epileptische Insulte.

Beob. 6. Rajakov, Bauer, aus belasteter Familie, wurde am 3. 1. 1873 in tobsuchtartiger Aufregung nach der Irrenanstalt gebracht. Nach wenigen Tagen kam er zu sich, mit völliger Amnesie

für den Anfall. Die Anamnese ist auf Pat. beschränkt, der bei seiner Imbecillitas nichts von Belang anzugeben weiss.

Pat. ist eine degenerative Erscheinung. Schädel leicht microcephal, Ohren missgestaltet, plumpe geistlose Gesichtszüge. Pat. bietet in der Folge alle 4—5 Wochen bis 10 Tage dauernde tobsuchtartige Erregungszustände, die plötzlich einsetzen und sich lösen. Sie sind typisch übereinstimmend und beginnen jedesmal damit, dass Pat. brutal, zornig wird, die Umgebung feindlich verkennt. In die Isolirzelle gebracht, fängt er an sich mit Koth am ganzen Körper zu beschmieren, Alles zu zerreissen, im Stroh zu wühlen. Toben, Schreien, Lachen, Heulen, enorme Verworrenheit und Bewusstseinsstörung fanden sich regelmässig auf der rasch erreichten Höhe des Paroxysmus, in welchem Pat. unnahbar war, offenbar massenhaft Hallucinationen hatte.

In der Zwischenzeit bestand grosse Reizbarkeit, geistige Schwäche, Ab und zu nächtliche Visionen von Thieren.

Obwohl die Anfälle den Zuständen des grand mal der Epilepsie sehr nahe standen, waren nie auf solche hinweisende Erscheinungen zu entdecken.

Von Mitte 1896 an hörten die Anfälle auf, auch die intervallären Symptome besserten sich auffallend.

Am 22. 10. 1877 wurde Pat. genesen entlassen.

Hinterher erfuhr man, dass bei dem seit 10 Jahren verheiratheten Pat. schon im ersten Jahr der Ehe seine Frau etwa jeden Monat einmal im Schlaf eine kurz dauernde tonische Streckung des Körpers mit eingeschlagenen Daumen bemerkt hatte. Am folgenden Tag war er dann jedesmal etwas verwirrt und klagte über heftigen Kopfschmerz. Diese epileptischen Anfälle waren mehrere Jahre nicht mehr beobachtet worden, bis eines Tages der tobsuchtartige Anfall sich einstellte; Pat. ist seit der Entlassung von solchen frei geblieben.

Beob. 7. Kl., Bäcker, 18 J., stammt von trunksüchtigem Vater, hatte nie schwere Krankheiten, keine Convulsionen, war kein Trinker und bis zum 14. Jahr ganz unauffällig gewesen. Vor 4 Jahren (Pubertät) bot er ohne allen Anlass einen erstmaligen psychischen Erkrankungszustand, in welchem er schwer verwirrt war, episodisch nicht essen wollte, weil es Gott verboten habe. Nach 10 Tagen kam Pat. mit summarischer Erinnerung für diesen Anfall zu sich. Seither hatte Pat. in Pausen von 10—12 Monaten noch 4 solcher Anfälle gehabt.

Am 7. 7. 1882 war er neuerlich erkrankt. Er kam verwirrt, schreiend von der Arbeit heim, zerschlug Fenster, rannte, vom Vater

zurechtgewiesen, planlos fort. Am 10. kam aus einer benachbarten Gemeinde das Ersuchen, den Pat. heimzuholen, da er geisteskrank sei. Man fand ihn verwirrt, aufgeregt, vorübergehend tobend, brachte ihn am 11. 7. auf die Klinik in Graz. Pat. geht verwirrt, delirant zu. Er poltert an die Thüre, klettert beständig auf das Fenstergesims, gesticulirt, erklärt sich mit Pathos für Christus, den Arzt bald für einen Bischof, bald für den Kaiser.

Sehr wechselnde Stimmung. Andauernd schwere Bewusstseinsstörung. Auffällige Gereiztheit. Nachts schlaflos. Pat. ist nach wie vor Christus, der Arzt der Kaiser.

Am 14. setzen psychomotorische Reizerscheinungen ein — Lippenspitzen, Zungenschnalzen, Zähneknirschen. Kein Fieber, keine Fluxion.

Am 15. plötzliche Lösung des Zustandes. Pat. hat summarische Erinnerung, berichtet, dass er schon 4 solche, im Inhalt der Delirien und Hallucinationen gleiche, aber kürzer dauernde Anfälle gehabt habe. Sie seien jeweils durch heftige Congestionen zum Kopf eingeleitet gewesen. In diesen Anfällen sah er den Himmel, bekränzt mit Rosen, Engel machten schöne Musik. Alles war weiss und überall roch es nach Rosen und himmlischem Duft. Die Mutter Gottes erschien ihm und verkündete, dass er als zweiter Christus auf die Welt gekommen sei.

Ausser schmalem niederem Stirnschädel bot Pat. keine Abnormitäten. Er wurde am 29. 8. 1882 genesen entlassen.

Am 2. 7. 1887 musste Pat. neuerlich aufgenommen werden. Der Anfall glich dem vorausgehenden, jedoch waren episodisch höchst schreckhafte Delirien vorhanden, in welchen er tobte, vor Wuth schäumte, um sich schlug, sich erwürgen wollte, hallucinatorische Gestalten auf dem Fussboden zerstampfte und dazu rief „ich zertrete dich, Fallot, ich lass nicht eher ab bis die schwarze Schlange zum Vorschein kommt“. Verzweifelte Kämpfe gegen diabolische Spukgestalten. Schwere Bewusstseinsstörung. Nach 8 Tagen plötzliche Lösung des Anfalls. Höchst summarische Erinnerung. Absolut keine Hinweise auf Epilepsie, weder anamnestisch, noch in der folgenden mehrwöchentlichen Beobachtung.

Beob. 8. H., 32 J., Geistlicher, wurde am 9. 10. 1883 wegen Geistesstörung aufgenommen. Er ist erblich belastet, hat ein sinnliches Temperament, verfiel früh der Masturbation, litt viel unter Gewissenskämpfen wegen dieses Lasters, versuchte vergebens durch die göttliche Gnade davon los zu kommen, litt seit Jahren an Neur-

asthenia sexualis, galt als ein excentrischer Mensch, zelotischer Eiferer von ganz mystisch religiöser Richtung und hatte schon vor 1 Jahr einen Anfall von mehrwöchentlicher Geistesstörung durchgemacht.

Der diesmalige Anfall hatte plötzlich mit Kopfweh, Schlaflosigkeit und grosser Gereiztheit begonnen. Am Morgen des 10. 10. fiel Pat. auf durch Unruhe, Aufgeregtheit, entstellte Miene, Drang zu beten. Er murmelte beständig vor sich hin, lachte gelegentlich, war fluxionär, ohne Fieber, ohne Zeichen von Angst. Nach schlafloser Nacht, trotz prolongirtem Bad und Chloralhydrat, am 11. 10. schwer gestörtes Bewusstsein. Massenhaft Visionen und Stimmen religiösen Inhalts. Pat. glaubt sich in der Ewigkeit, der frühere H. sei verbrannt worden.

Am 16. 10., nach gut durchschlafener Nacht, plötzliche Klärung des Bewusstseins. Sehr summarische Erinnerung von Strafgericht Gottes, Kämpfen mit dem Bösen, Geruchshallucinationen, Gefühlen magnetischer Durchströmung. Pat. klagt noch durch einige Tage über lästigen Gedankendrang (Erethismus cerebralis), Hyperacusis, Hyperästhesia nervorum vasorum, sodass er seinen Pulsschlag im ganzen Körper empfinde. Genesen entlassen am 24. 10. Am 16. 11. 1886 neuer Anfall — wesentlich gleich dem früheren — Singen und Recitiren von Psalmen, Umherdämmern, oft ganz verzückte Miene, dann wieder schreckhaft, gereizt. Vom 20—22. tiefer Stupor. Vom 22. ab wieder motorischer Drang, Singen, religiöse Delirien, grosse mimische Entstellung, Grimassiren, Zungenausstrecken, verzückte Stellungen auf Grund von Hallucinationen.

Am 29. Anfall vorüber. Sehr summarische Erinnerung. Für Epilepsie nach wie vor keine Anhaltspunkte. Genesen entlassen. Anfälle sollen in der Folge in der Heimath wiedergekehrt sein.

Beob. 9. W. K., 36 J., ledig, kathol., Fassbinder, liess sich am 6. 6. 1876 im Spitale zu Bruck a/M. wegen Schwindelanfällen aufnehmen. Das Journal berichtet, dass Pat. an „Gehirnhyperämie" leidend, scheu, schweigsam, appetitlos meist zu Bett lag, Schwindel beim Bücken klagte. Die l. Pupille war erweitert. Am 27. verlangte er seine Entlassung, weil man ihn beleidige, verspotte. In der Nacht zum 30. sprang er aus dem Bett, kniete nieder, betete laut, küsste den Boden, verlangte nach einem Geistlichen und betete, ins Bett zurückgebracht, die ganze Nacht hindurch. Am 30. wurde er hochgradig ängstlich, aufgeregt und wollte in einen Ziehbrunnen springen.

Bei der Aufnahme am 30. in der Grazer psychischen Klinik ist er dämmerhaft, besitzt für seinen Aufenthalt im Brucker Spital nur fragmentäre Erinnerung, appercipirt schwer und unrichtig, glaubt sich

in einem Wirthshaus, bricht oft in Weinen aus und greift nach der Herzgegend, wo es ihm weh thue. Er klagt, dass er in der letzten Nacht sich ganz steif gefühlt habe und dass Borsten am Körper überall herausgewachsen seien. Er ist ruhig, steht dämmerhaft herum. Grosse Anämie, Schädel submicrocephal, l. Gesichtshälfte und l. Hand kleiner als r. L. Pupille erweitert. Gute Reaction. Augenspiegelbefund negativ. Andauernd tiefer Dämmerzustand. Stuhlt ins Bett, in der Meinung, er sei auf dem Abort. Nächtliches angstvolles Schreien, weil das Haus umgedreht werde. Aengstlich, gereizt, schwer verworren. Betet einen Mitpatienten als Christus an. Er wolle lieber ein Thier werden, als unseren Herrgott umbringen. Gelegentlich Selbstanklagen, gerirt sich als bussfertiger Sünder.

Am 15. 7. plötzliche Lösung des Anfalls. Summarische Erinnerung.

Mutter ist psychopathisch. Pat. war kein Trinker, früher gesund. 1885 schwere Commotio cerebri durch Steinwurf an den Kopf. Seither „Schwindelanfälle". Nach Genuss eines halben Liters Bier einmal allgemeines Zittern und Verwirrung im Kopf.

Pat. intervallär reizbar, oft Kopfweh, still, scheu, oft betend betroffen.

Am 3. 8. neuerlicher Dämmerzustand. Kühle Extremitäten, eiskalte Hände. Pat. betet die Umgebung mit Jammermiene an. Koprophagie. So durch 3 Wochen. Dann Lösung des Anfalls nach mehrtägigem Stupor.

Entlassung. Am 19. 8. 1877 neuerlich aufgenommen. Wurde daheim am 18. plötzlich aufgeregt, brüllte, schlug um sich. Bei der Aufnahme im Bewusstsein schwer gestört, enorm verworren, gereizt. Hält sich für einen Soldaten. Grosser Gedankendrang, Bewegungsunruhe. Schlaflos. Lösung des Anfalls plötzlich, nach mehrtägigem Stupor.

10. 9. Neuer Paroxysmus. Aufgeregt, höchst verworren. Erklärt sich für heilig. Pfeifen, Singen, Beten, Brüllen.

Episodisch automatisch impulsive Acte, Grimassiren, stundenlanges Trommeln mit den Fersen auf den Boden, Bajazzosprünge, Schwimmbewegungen. Lösung durch Stupor Anfang October.

Intervallär moros, reizbar, viel Kopfweh, ab und zu stundenweise stuporös.

In der Folge Anfälle alle 4—6 Wochen, von 8—22tägiger Dauer, typisch gleich, ausgezeichnet durch grosse Verworrenheit, Bewusstseinsstörung, Gereiztheit, buntwechselnde expansive und depressive Affecte, Gottes- und Sünderdelirien, Ansätze zu Bewegungsdrang, der aber durch automatisch impulsive Acte verdrängt wird und sich epi-

sodisch zu motorischen Reizerscheinungen erhebt. Jeweils plötzliches Einsetzen der Anfälle und Ausklingen derselben durch Stupor.

Am 13. 8. 1877 wurde ein klassischer Epilepsieanfall beobachtet. Bromkali war erfolglos. Der Kranke musste einer heimathlichen Irrenanstalt zugeführt werden.

Das klinisch Entscheidende an diesen Fällen ist die Frage nach ihrer Zugehörigkeit zu dem epileptischen Irresein. Ich glaube, in Uebereinstimmung mit Pick und Morel, diese Frage bejahen zu dürfen. Meine Gründe dafür sind folgende:

Diese psychopathischen Zustände von kurzer Dauer, von plötzlichem Einsetzen und jäher Lösung, mit erheblicher Trübung des Bewusstseins und entsprechenden Defecten der Erinnerung, sind, wie analoge Bilder des transitorischen Irreseins überhaupt, von symptomatischer Bedeutung, blosse temporäre Manifestationen und Reactionserscheinungen eines dauernd krankhaft veränderten Centralnervensystems. Die Erfahrung nöthigt dazu, Angesichts solcher Fälle, in erster Linie an die epileptische Neurose zu denken, bei der ganz Analoges in Gestalt somatischer Anfälle vorkommt. Thatsächlich entsprechen die beschriebenen Paroxysmen nicht bloss im Verlauf und in ihrem eventuell serienartig sich wiederholenden Auftreten bekannten Thatsachen der Aeusserungsweise epileptischer Anfälle überhaupt, sondern sie zeigen auch in ihrem Symptomendetail auffällige Uebereinstimmung mit bekannten Erscheinungsformen des epileptischen Irreseins, im Sinne des postepileptischen und der psychischen Aequivalente.

Neben schwerer Störung des Bewusstseins in Gestalt von Dämmer-, Traum- und selbst Stuporzuständen, vermissen wir nicht die enorme Gereiztheit, das aggressive, selbst impulsive Handeln solcher Kranker, die Erscheinungen schwerer Verworrenheit, die überaus lebhaften Hallucinationen, die eigenthümliche Combination von schreckhaft depressiven und expansiven Delirien, unter welchen religiöse und Majestätsdelirien ganz besonders hervortreten und in ganz eigenartiger, oft geradezu absurder Verquickung mit einander erscheinen. In manchen Fällen gesellen sich dazu Pallor und Erscheinungen von Gefässkrampf. Auffallend ist hinsichtlich der Hallucinationen die Häufigkeit, mit welcher sie sich um Blut, Feuer, überhaupt um Gegenstände in rother Farbe drehen.

Dazu kommt als Hinweis auf eine dauernde Hirnveränderung dass diese Kranken allmälig schwachsinnig werden und dass ihre luciden intervallären Zeiten nicht rein sind, im Gegentheil geradezu

Züge aufweisen, wie wir sie am Epileptiker zu finden gewöhnt sind (grosse Reizbarkeit, Bigotterie, Moroisität, zeitweise Verstimmungen, epileptischer Charakter überhaupt).

Schon Morel, dem zur klinischen feinen Beobachtung ungewöhnlich veranlagten Forscher, waren derlei Thatsachen nicht entgangen und hatten ihn dazu bestimmt, diese Zustände für zum epileptischen Irresein gehörig zu bezeichnen, wobei er mit Genugthuung versichern konnte, dass bei langer und unermüdlicher Beobachtung auch wirklich der Nachweis der epileptischen Neurose, die bisher verschleiert war, gelang.

Unter den von mir mitgetheilten 9 Krankheitsfällen liess sich nur in 4 derselben anamnestisch oder in der Beobachtung dieser Nachweis erbringen, aber die Identität des Krankheitsbildes in den übrigen Fällen ohne Nachweis der Epilepsie, war so vollkommen, dass an ihrer Zusammengehörigkeit nicht gezweifelt werden kann. Es kann kein Zweifel bestehen, dass solche Anfälle gerade bei Epileptikern vorkommen, die seltene und milde Anfälle ihrer Neurose haben. Die nächstliegende und berechtigte Annahme ist die, dass in den Fällen, wo der Nachweis der Neurose nicht gelang, irgendwie geartete und nach Umständen recht unauffällige Insulte (Absencen, Vertigo u. dgl.) übersehen wurden.

Die Beobachtung eines Kranken, selbst in einer Krankenanstalt, kann doch keine unausgesetzte sein und die Möglichkeit nocturner Anfälle nie in Abrede gestellt werden. Die Behauptung, dass ein Epileptiker durch viele Jahre von Anfällen seiner Krankheit verschont war, ist deshalb cum grano salis aufzunehmen. Es ist nicht denkbar, dass die epileptische Neurose sich während der ganzen Lebenszeit eines Individuums nur in psychischen Insulten (sog. psychische Epilepsie) äussere, aber larvirt kann die Epilepsie im obigen Sinne lange bleiben. Da ist es denn von grossem klinischen Werth, aus den psychischen Anfalls- und intervallären Symptomen die Diagnose machen zu können.

Bis zu einem gewissen Grad wird diese auch aus dem Erfolg einer antiepileptischen Therapie (Brom) eine Stütze finden. Jedenfalls nähert sich in den besprochenen Fällen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose der Gewissheit.



V.

UEBER EPILEPTISCHE PSYCHOSEN.



Ueber epileptische Psychosen.

Abgesehen von den wohlbekannten Bildern transitorischer psychischer Störung, die als prä-, postepileptische, zuweilen auch als freistehende Anfälle beobachtet werden, abgesehen ferner von den Erscheinungen epileptischen Charakters, die als Stigmata der Epilepsie klinische Verwerthung finden und der im Gefolge der Epilepsie häufig auftretenden Demenz, der Samt, Bourneville und d'Olier eigenthümliche klinische Züge vindiciren, kommen, jedoch verhältnissmässig selten, bei Epileptikern auch genuine und selbständige Psychosen vor, die bisher nur geringe klinische Würdigung gefunden haben. Zur Klarstellung des Verhältnisses dieser Psychosen zur Epilepsie soll die folgende Studie einen Beitrag liefern.

Eine vorläufige Uebersicht der vorhandenen Literatur und Casuistik lässt das sich ergebende Material unter 3 Rubriken einreihen:

1. epileptische Neurose nebst ihren (eventuell auch psychischen) Manifestationen und Psychose finden sich ohne irgendwelche klinische Beziehung bei demselben Individuum, zeitlich von einander geschieden, (*blosse Coincidenz*).
2. psychische irgendwie geartete Manifestationen der Epilepsie und Psychose bestehen gleichzeitig nebeneinander, üben in Gestaltung der Symptome und Verlauf eventuell Einfluss aufeinander, ohne aber ihre klinische Selbständigkeit und Eigenart zu verlieren oder gar auf ein gemeinsames ätiologisches Moment beziehbar zu sein (*blosse Combination*).
3. die vorhandene Psychose erscheint bei dem Epileptiker so abweichend von ihren sonstigen bekannten Erscheinungs- und Verlaufsweisen, vielfach geradezu so mit Eigenthümlichkeiten des epileptischen Irreseins ausgestattet, dass sie als eine *specifische epileptische Psychose* klinisch angesprochen werden muss.

ad 1.

Diese Gruppe bietet kein weiteres unsere Frage nach der Existenz epileptischer Psychosen tangirendes Interesse. In einer Anzahl der hierhergehörigen Fälle scheint bemerkenswerth, dass die Psychose sich im Anschluss an epileptische Insulte, namentlich serienartige Häufung solcher entwickelt hatte. Gnauck (Entwickelung der Geisteskrankheiten aus Epilepsie, Archiv f. Psychiatrie XII) erwähnt aus der älteren Literatur Fälle von simpler Hypochondrie, Manie, „Monomanie" (Esquirol), von Manie, „delire continuel", religiöser Melancholie (Morel), Melancholie mit Selbstmord (Griesinger) von allgemeiner Paralyse (Westphal), Zwangsvorstellungen (Russell). Nicht selten kommt in dieser Weise simple Paranoia neben Epilepsie vor. Gnauck berichtet (op. cit.) in Fall 1. 3 hierhergehörige Beobachtungen.

Analoge Fälle haben Raab (Wien. med. Wochenschr. 1882. 36 37), Vejas (Archiv f. Psych. XVII p. 118), Buchholz (über chron. Paranoia bei epileptischen Individuen 1895) beschrieben. Ich selbst habe mehrfach simple Paranoia neben Epilepsie beobachtet. Auch typische Folie circulaire habe ich gesehen, gleich wie Samt (Archiv f. Psych. VI p. 189) und Falret (Arch. gen. de med. 1861 p. 471). Die Fälle der letztgenannten Autoren betrafen gewöhnliche circuläre Psychose, jedoch waren die Uebergänge der einzelnen Phasen der cyclischen Krankheit durch epileptische Insulte markirt.

ad 2.

Auch Fälle von Combination d. h. Coexistenz von epileptischem Irresein mit anderweitiger Psychose sind mehrfach in der Literatur verzeichnet. Magnan (de la coexistance de plusieurs délires, Archiv. de Neurol. 1. Jahrgang Nr. 1) liefert deren mehrere, so Fall 8 (epileptisches Irresein mit postepileptischem Delirium, daneben Paranoia mit Verfolgungs- und Grössenwahn. Das epileptische Irresein schwindet auf Brombehandlung). Fall 9 und 10 sind dem vorigen ähnlich. In Fall 11 schildert Magnan epileptisches Irresein in Combination mit solchem in Zwangsvorstellungen. Sein Fall 12 ist eine Combination von epileptischem Irresein, zu dem später Melancholie und Alkoholdelir sich hinzugesellen. Nicht selten ist combinirtes Delirium epilept. und tremens (eigene Beobachtung und Magnan, op. cit. Fall 1. 2. 3). Dann fehlt die Erinnerung für die epileptisch deliranten Erlebnisse, kann aber für die des Del. tremens bestehen.

Nicht so selten ist die Combination von circulärer Psychose und epileptischem Irresein. Der folgende Fall ist ein typischer.

Beob. 1. Circuläres nicht epileptisches Irresein, das sich in langen Zustandsbildern von Melancholie und Manie abspielt. Vorausgehend und intercurrent Anfälle von epileptischem Irresein in Form von Delirium, Stupor.[1])

Thür, 21 J., ledig, Kutscherstochter, stammt von einem trunksüchtigen Vater, dessen Schwester melancholisch war. Pat. hatte in der Zahnperiode Convulsionen, war als Kind neuropathisch, kränkelnd.

Die Menses traten mit 14 Jahren ein. Im Anschluss daran Bleichsucht, die bis zum 21. Jahr dauerte. Mit 16 Jahren bekam Pat. nach einer Züchtigung durch den Vater ein acutes hallucinatorisches Delir. Sie wurde ängstlich, im Bewusstsein tief gestört, sprang in den Fluss, sah eine Menge Leute auf sie eindringen, auch Pferde sprengten in Masse gegen sie an. Rasche Lösung des Zustands mit summarischer Erinnerung.

Ein 2. Anfall trat mit 17 Jahren ein, der Beschreibung nach ebenfalls schreckhaftes hallucinatorisches Delir (Tod und Teufel waren immer um sie, der Vater drohte sie mit der Hacke zu erschlagen, sie versuchte sich in ihrer Todesangst zu ersäufen, erdrosseln). Ein 3. analoger Anfall 1 Monat nach Ende des 2. von 14 Tage Dauer. Ein 4. 1876. In diesem Jahre hatte Pat. auch 3 oder 4 Mal allgemeine klonische Krämpfe mit Verlust des Bewusstseins gehabt.

Im Februar 1877 wurde Pat. nach vorausgehenden Convulsionen melancholisch. Nach 5monatlicher Dauer der auf den Rahmen einer Mel. sine delirio beschränkten psychischen Störung trat ein Umschlag in Manie ein. Diesem sollen mehrere epileptische Anfälle vorausgegangen sein, an die sich ein acuter deliranter tobender Zustand (grand mal?) anschloss.

Bei der Aufnahme am 30. 11. 1877 war Pat. in maniakalischer Exaltation. Sie bot heitere Stimmung, neckisches, ausgelassenes, erotisches Wesen, abspringendes beschleunigtes Vorstellen. Sie erzählte, dass sie seit 2 Monaten so glücklich sei und immer lustig, weil sie so gesund sei. Pat. war ungemein erotisch, erzählte von ihren Liebschaften, verliebte sich gleich in die anwesenden Aerzte, die so schöne Herren seien. Sie wollte in einem Athem Nonne werden, heirathen, zeigte überhaupt grosse Begehrlichkeit mit wechselnden Object, schlief wenig, störte durch nächtliches Singen und Predigen. Zur Zeit der Menses steigerte sich das sonst im Rahmen einer man. Exaltation sich bewegende Krankheitsbild vorübergehend bis zur Höhe einer Tobsucht. Unter Bromkali gingen die Menses jedoch später ohne Exacerbation

1) Aus dem Lehrbuch der Psychiatrie d. Verf. 1. Aufl. Bd. III. Beob. 89.

vorüber. Eine tiefere Störung des Bewusstseins ist während dieser ganzen maniakalischen Periode nicht zu bemerken. Mit Ausnahme eines isolirten epileptischen Anfalls am 8. 11. 1877 finden sich keine Beziehungen zu dieser Neurose vor.

Ende März 1878 klingt die Manie ab. Pat. fängt an über Schwere des Kopfes, grosse geistige Behinderung, Unfähigkeit zu denken, zu arbeiten, zu klagen. Diese Symptome werden für Erschöpfungssymptome gehalten. Noch besteht kein Verdacht auf circuläres Irresein, obwohl die lange Dauer des angeblichen melancholischen Prodromalstadiums und das Beharren der Manie auf der Stufe einer maniakalischen Exaltation einigermassen verdächtig erscheinen. Anfang April zeigt sich deutliche melancholische Depression, die sich immer mehr steigert. Pat. erklärt sich für eine grosse Sünderin, bittet um Verzeihung, hat Präcordialangst, möchte gern sterben, ist schlaflos, mimisch sehr verstört. Gastrische Störungen, sehr kleiner Puls, kühle Hände. Vorübergehend Vergiftungswahn. In dem tief melancholischen Zustand zeigen sich stundenweise manische Elemente (heitere Laune, Lachen, Gedankendrang, Unstetigkeit).

Ende April steigert sich die Melancholie bis zu einer leicht stuporösen — starre ängstliche Miene, deutliche Störung des Bewusstseins, grosse Angst. Die Thermometermessungen appercipirt Pat. als Versuche sie todtzustechen, es sind Thiere im Bett, sie hat kein Geld, um hier zu essen. Einmal plötzliches Aufspringen, sie sei ein Hund und müsse Jemand beissen.

Vom 30. 4. an ändert sich die Scene, insofern das bisherige melancholische Zustandsbild eines circulären Irreseins einem bunten, wahrhaft kaleidoskopischen Wechsel von stuporösen, deliranten, depressiven und expansiven Zustandsbildern weicht, die nur eines miteinander gemein haben — grosse Verworrenheit und Bewusstseinsstörung und dadurch an bekannte epileptische Zustandsbilder erinnern.

Am 30. 4. wird Pat. in tiefem Stupor, mit starrer Gesichtsmaske, mit weit aufgerissenen Augen betroffen.

Am 1. 5. tanzt und singt Pat., um gleich darauf wieder sich für eine grosse Sünderin zu halten und den Wunsch zu sterben, zu äussern. In der Folge eigenthümlicher Dämmer-Traumzustand, in welchem in kaleidoskopischem Wechsel stundenlanges Lachen, Grinsen, stuporöses reactionsloses Daliegen, tiefe Depression (einmal mit der Motivirung, weil der Vater auf der Bahre liege) auftreten, jedoch schreckhafte melancholische Elemente und Stupor vorwiegen. Dabei Temperaturen bis 38°, rapider Rückgang der Ernährung.

Am 18. 5. schreckhaftes verworrenes Delir, ganz wie das grand

mal Epileptischer. Brüllen und Toben als Reaction auf schreckhafte Phantasmen. Koprophagie.

Am 20. 5. wieder tiefer Stupor. Zwischendurch Auflachen. In der Folge beständiger, oft binnen Stunden sich vollziehender Wechsel der erwähnten Zustandsbilder bis Anfang December, wo Pat. ruhig, geordnet wird. Dieses Stadium der Lucidität dauert bis 18. 12., wo die maniakalische Phase des circulären Irreseins wieder einsetzt. Pat. ist bis auf die kleinsten Züge wieder dieselbe Persönlichkeit wie das erste Mal. Das maniakalische Stadium dauert mit tiefen Remissionen bis Ende Juli 1879. Im August lucidum intervallum, das bis 20. 10. 1879 dauert und nur zur Zeit der Menses von ganz ephemeren theils leicht manischen, theils melancholischen Zustandsbildern getrübt wird. Im Anschluss an die Menses setzt am 21. 10. die maniakalische Phase des circulären Irreseins wieder ein.

Ein ganz eigenartiges Bild, im Gegensatz zum vorausgehenden Fall von manisch-melancholischem cyklischem Irresein, stellt der folgende dar, insofern an Stelle der melancholischen stuporöse Zustandsbilder treten. Diese Form des circulären Irreseins ist eine seltene. Dittmar erwähnte sie längst. In meinem Lehrbuch der Psychiatrie, VI. Auflage, S. 428 ist sie beschrieben. Sie erscheint mir epilepsieverdächtig, wie überhaupt das stuporöse Zustandsbild. Bezügliche Beobachtungen von manisch-stuporösem Irresein in meinem Lehrbuch, wie z. B. Beobachtung 110 der 1. Auflage und Beobachtung 35 der 6. bieten weitere Verdachtsmomente, so die erstere, wo episodisch Majestäts- und religiöses Delir auftritt, die letztere, indem das Citiren von Bibelstellen, Gottnomenclatur neben der enormen Verworrenheit auffallen. Auffällig sind aber auch jene eigenthümlichen, in der stuporösen Phase episodisch vorkommenden psycho-motorischen Erregungszustände, die in ganz gleicher Weise in den epileptisch-deliranten kurz dauernden Anfällen und in den protrahirten psychischen Aequivalenten der Epileptiker sich vorfinden.

Beob. 2. Cyklisches manisch-stuporöses Irresein.

Joch. C., 25 J., ledig, Bauerntochter, gelangte am 15. 10. 1874 in meine Klinik in Graz zur Aufnahme. Mattersmutter, Mutter, deren Schwester und eine Schwester der Pat. waren irrsinnig. 3 Geschwisterkinder theils epileptisch, theils irrsinnig gewesen.

Pat. war geistig schwach veranlagt, hatte nie Convulsionen gehabt, ihre Menses mit 14 Jahren bekommen und bald nach der Pubertät

klassische Anfälle von Epilepsie gehabt, die aber nur selten wiederkehrten. Im Mai 1870 erkrankte sie, aus unbekannter Ursache, an Tobsucht nach melancholischem Vorstadium und genas nach 7 Monaten. Dieser Anfall wiederholte sich 1872 und war nach 2 Monaten vorüber.

Am 9. 10. 1874 setzte, angeblich nach unmässigem Genuss von Wein, postmenstrual, ohne melancholisches Vorstadium, ein manischer Anfall ein, in welchem Pat. zur Aufnahme gelangte. Dieser bot von einer gewöhnlichen Manie nicht abweichende Züge. Somatisch war, ausser submicrocephalem Schädel, nichts Abnormes aufzufinden.

Am 16. 10. schlug das manische Bild plötzlich in ein stuporöses um. Pat. verharrte in tiefem Stupor mit kataleptiformem Beibehalten von ihr gegebener Posen, mit nur ganz spurweisem temporärem Freierwerden in Bewusstsein und Motilität. Sie bekam Cyanose und Oedem der U.E., Herzschwäche, musste gefüttert werden.

Am 27. 10. schwerer epileptischer Insult, mit postepileptischer Verwirrtheit, Schelten, Aggression von ½ Stunde Dauer, ohne Beeinflussung des stuporösen Zustandsbildes. Vom 5.—16. 11., unter fortdauerndem Stupor und kataleptischem Beibehalten gegebener Stellungen spontane automatische, impulsive, vielfach auch imitatorische Bewegungsacte. So nickt Pat. tagelang pagodenartig mit dem Kopf, macht allerlei Zwangsbewegungen, lacht vor sich hin und bietet zeitweise Nystagmus.

Vom 15. 11. bis 8. 12. tobsüchtiges Zustandsbild (enormer Bewegungsdrang, sexuelle Erregung, Schmieren, Zerreissen, Zerstören u.s.w.), nur ausgezeichnet durch triebartiges, oft geradezu impulsives Gepräge und grosse Bewusstseinsstörung.

Am 8. 12. ist die Erregung wie abgeschnitten. Pat. schwer erschöpft. Sie erholt sich langsam und wird am 24. 7. 1875 genesen entlassen.

Neue Aufnahme am 22. 4. 1877 menstrual, in schwerem, ängstlichem Stupor. Schlaflosigkeit, Widerstand bei Nahrungsaufnahme. Nachlass des Stupor am 25. 4.

Pat. referirt von schreckhaften Stimmen „nimm sie weg“ und Schattenbildern (Gespenster u. dgl.). Abklingender Stupor bis 2. 5., dann leichte manische Exaltation, die binnen 14 Tagen abklingt. Genesen entlassen am 22. 6. 1877.

Neue Aufnahme am 31. 1. 1879 in manischer Erregung, nach mehrtägigem Stupor mit kataleptiformem Verhalten. Bei der Aufnahme tobsüchtiges Bild, aber grosse Bewusstseinsstörung und wahrhaft impulsives motorisches Gebahren (Purzelbäume, Zungenausrecken u.s.w.) neben Ideenflucht, Erotismus, Salivation.

Am 1. 2. Umschlag in ängstlichen Stupor. Beantwortete eine Frage, wo sie sei, mit „in der Ewigkeit". Diese stuporöse Phase dauert bis zum 1. 5. Mitte Februar leichte Remission, in welcher man erfährt, dass Teufel sie beunruhigen; von Hölle, Verbrennen, Erschossenwerden reden. Die Umgebung wird für Hebräer gehalten, feindlich verkannt. Ende Februar bedeutende Zunahme des Stupor, allgemeine Anästhesie, Mutismus, muss gefüttert werden, kataleptiforme Stellungen, Nystagmus, Pallor.

Vom 27. 4. ab episodisch Vorboten des kommenden complementären Zustandsbildes (Auflachen, automatisches Gangtreten, raptusweises Tanzen).

Am 1. 5. Tobsucht — schwere Bewusstseinsstörung, ganz impulsives Gebahren — Herumschiessen, Purzelbäume, Tischtrommeln, Zungeausstrecken — neben Verbigeriren, Grimassiren u.s.w.

Vom 16. 5. ab bunter Wechsel von stunden- bis tagelangen stuporösen und tobsüchtigen Zustandsbildern, mit enormer Verworrenheit.

Von Ende August bis zum 4. 11. tiefe Remission, aber doch leicht stuporöses Zustandsbild, mit nur stundenweisen manischen Reminiscenzen (Singen, Lachen u.s.w.).

Vom 4. 11. wieder tiefer Stupor, mit Krampfpuls, Pallor des Gesichts, cyanotischen ödematösen UE., leichter l. Ptosis, Mutismus. Episodisch Pat. etwas freier, dann auch einige sprachliche Aeusserungen. Im December 2 Mal ängstlich delirante Episoden von wenigen Stunden Dauer, ohne Beziehung zu epileptischen Symptomen, die seit 27. 10. 1874 nicht mehr zur Beobachtung gelangten. Pat. delirirt von Abgeschlachtetwerden, Hölle, Lebendigbegrabenwerden u. dgl.

In fortdauerndem Stupor Anfang 1880 Versetzung in eine Siechenanstalt.

Aus Mittheilungen dieser ergiebt sich, dass das Krankheitsbild bis zu dem am 22. 2. 1882 an „Herzlähmung" erfolgten Tode der Pat. sich wesentlich gleich blieb, aber im letzten Lebensjahr sich Dementia entwickelte. Wiederholt beobachtete man noch „synkopeartiges Zusammenstürzen mit tiefblassem Gesicht, dabei Bewusstsein auf circa eine halbe Stunde erloschen."

ad 3.

Die folgenden Blätter sind der Untersuchung gewidmet, ob es nicht Psychosen, d. h. selbstständige psychische Erkrankungen von einiger Dauer und abschliessendem Verlauf giebt, die, vermöge gewisser Eigenthümlichkeiten ihrer Symptomatik und ihres Verlaufs Züge des epileptischen Irreseins aufweisen und dadurch von gleichartigen,

sicher nicht auf epileptischer Grundlage stehenden Bildern des Irreseins gründlich differiren.

So naheliegend die Vermuthung ist, dass diese Differenz in Beziehungen zu einer epileptischen Neurose ihre Erklärung finde, wäre es beim gegenwärtigen Stande unseres klinischen Wissens, speciell unserer Kenntnisse von dem diagnostischen Werth gewisser Syndrome und gewisser Wahnideen gewagt, einen solchen Schluss unter allen Umständen zu ziehen. Um zu einer allmäligen Klärung dieser Frage zu gelangen, welche allerdings einen werthvollen diagnostischen Fortschritt bedeuten würde, indem sie die ätiologische Klarstellung gar mancher klinisch dunkler Krankheitsbilder erschlösse, gebietet es die Vorsicht, nur solche Fälle heranzuziehen, bei welchen über das Vorhandensein von Epilepsie kein Zweifel obwaltet. Dadurch gewinnt die klinische Untersuchung jedenfalls eine sichere Grundlage, aber die Ausbeute an bezüglichen Fällen wird empfindlich geschmälert, sodass der Versuch, aus der dürftigen vorliegenden Casuistik Schlüsse zu ziehen, ernstlichen Schwierigkeiten begegnet.

Unter Verweisung auf meine Studie (S. 119) über „idiopathisches periodisches Irresein in Form von Delirium“, das ich nunmehr als eine epileptische Psychose zu bezeichnen mich berechtigt glaube, theile ich zunächst Fälle von Psychoneurose bei Epileptikern mit, die vermöge ihrer Symptome und ihres Verlaufes eigenartig sind und sicher Beziehungen zur gleichzeitig bestehenden Epilepsie haben.

Beob. 3. Mania mitis peracuta, mit epileptischen Delirien bei einem Epileptiker. Dieselbe (psychische) Aura vor den manischen wie vor den epileptischen Anfällen.

G., 58 J., pens. Beamter, wurde am 2. 12. 1892 auf meiner Klinik aufgenommen, da er auf offener Strasse durch Knieen, Beten und Gestikuliren sich auffällig gemacht hatte. Mutter hatte an schwerer Migräne gelitten. Sonst nichts erblich Belastendes aufzufinden.

Pat. bietet rachitisch hydrocephalisches Cranium, hat bis zu seinem 8. Lebensjahre an Convulsionen gelitten. Mit 10 Jahren schwere Kopfverletzung, mit restirender, am Knochen fixirter Narbe auf dem l. Scheitelbein. Mit 13 Jahren erster Anfall von klassischer Epilepsie. Mit 17 Jahren erster Anfall von Mania mitis acutissima (heiterer Erregungszustand, Bewegungsdrang, Dauer einige Stunden, getrübte Erinnerung). Von der Pubertät ab bis 1891 Anfälle von Augenmigräne, etwa 3 Mal monatlich.

Pat. war von weiteren Krankheitserscheinungen verschont geblieben, hatte, seit seinem 34. Jahre in kinderloser Ehe lebend, eine

gleichmässige ruhige, sorgenfreie Existenz gehabt und nur mässig getrunken. Ohne allen Anlass trat 1882 eines Nachts ein Zustand von religiös expansivem Delirium ganz plötzlich auf. Pat. war in diesem etwa 1½ Tage währenden Zustand sehr erregt, verworren, schlaflos, erklärte sich für Adam, seine Frau für Eva, sprach beständig vom Himmel, in welchen ihn der hl. Petrus nicht einlassen wolle.

Plötzliche Lösung des Zustands. Amnesie.

Solche Anfälle wiederholten sich alle paar Jahre in typisch congruenter Weise bis 1891.

Von nun an litt Pat. an klassisch epileptischen Anfällen, die etwa alle 14 Tage und oft serienartig gehäuft wiederkehrten. Voraus ging solchen regelmässig ein Gefühl unendlichen psychischen Wohlbehagens und psychischen Gehobenseins (psychische Aura). Diese Anfälle kehrten in der bis 1896 reichenden Beobachtungszeit typisch wieder.

Als Pat. am 2. 12. 1892 aufgenommen wurde, bot er das typische Bild einer hochgradigen manischen Exaltation, die sich im Verlauf vorübergehend bis zur Höhe der Tobsucht steigerte.

Pat. geht in übermüthig heiterer Stimmung zu. Er motivirt sie damit, dass er ein reicher Mann und der ewigen Seligkeit sicher sei. Er wird sein Vermögen den Armen schenken, um Gott wohlgefällig zu sein. Sein Gesicht strahlt vor Freude, er sucht Jeden zu umarmen und zu küssen, rühmt seine Gesundheit, Kraft, sein Glück, seinen Reichthum. Man solle seine Muskeln bewundern, er habe Riesenkräfte, sei enorm potent. Vorübergehend arg obscön. Pat. geht, läuft, tanzt, springt unaufhörlich. Sein Redefluss ist unerschöpflich, Association und Diction äusserst erleichtert. Er ergeht sich in Knittelversen, in denen vielfach von Kraft und Glück, vom Kaiser Josef, von Christus, vom Teufel die Rede ist. Episodisch, namentlich auf der Höhe des Anfalls, zeigten sich Gottnomenclatur, Majestätsdelir und Ansätze zu schreckhaftem Delir. Auch während dieser Episoden ist das Bewusstsein nicht getrübt und bleibt Pat. zeitlich und örtlich vollkommen orientirt. Er erklärt z. B., er sei jetzt im Himmelreich, der eine Arzt ist Kaiser Josef, der andere Gott Vater, aber, wenn darüber interpellirt, erklärt er dies nur zum Spass gesagt zu haben und wohl zu wissen, dass er in der Klinik sei, weil ihm wieder einmal ein Radel im Gehirn losgegangen sei.

So bramarbasirt er, ohne die Selbstcontrole zu verlieren, er sei jetzt im Paradies, sei Adam, seine Frau die Eva, der jüngste Tag sei nahe, er habe aber nichts zu fürchten, er werde bald vor dem lieben Gott stehen, seine Himmelfahrt sei nahe. Der Arzt ist Christus. Christus war auch ein Doctor, hat Blinde sehend und Lahme gehend

gemacht. Er selbst war schon einmal im Paradies, hat dort Aepfel gegessen. Die waren aber sauer und er bekam davon stumpfe Zähne. Jetzt kommt das jüngste Gericht, er sieht schon die Engel am Himmel und hört sie singen. Gleich wird er in den Himmel auffahren. Vorher muss er noch geschwind die Todten erwecken.

Daneben und dazwischen Majestätsdelir — hat mit dem Kaiser Josef zu thun, den er so sehr liebe, muss beständig an den Kaiser Ferdinand denken, erzählt Anecdoten von diesem Monarchen.

Ganz flüchtig tauchen depressive Vorstellungen und Sinnestäuschungen auf — er sieht Bären, die nach ihm schnappen, spürt, dass der Teufel sich nähert, fürchtet aber nicht den Kampf mit diesem, Kaiser Josef wird kommen und ihm helfen.

Solche Anfälle von Manie, mit eingestreuten Erscheinungen eines epileptischen Delirs werden bis Anfang 1896 unzählige beobachtet. Sie traten in den letzten Jahren immer häufiger, bis zu 6 in einem Jahre auf, waren bis in die Details einander gleich, nur durch Intensitäts- und Dauerunterschiede different. Nie zeigte sich ein zeitlicher und überhaupt klinischer Zusammenhang mit den etwa alle 14 Tage wiederkehrenden epileptischen Insulten, ebensowenig mit etwaigen Migräneanfällen, die seit 1891 durch die epileptischen geradezu vertreten wurden.

Aber die Aura jener manischen Anfälle war die gleiche wie die der epileptischen.

Pat. berichtete übereinstimmend nach solchen manischen Insulten, dass plötzlich ein Gefühl von Glückseligkeit, Freude, grosser Kraft und Gesundheit über ihn komme. Da dränge es ihn dann unwiderstehlich, sich zu entäussern, aus sich herauszutreten. Alles komme ihm dann schöner vor, er empfinde die ihn umgebende Natur viel herrlicher. Er bekomme dann auch wollüstige Empfindungen und Gedanken, fühle sich geschlechtlich leistungsfähig wie ein Zwanzigjähriger. Die Dauer dieser Aura betrage bis zu Stunden. Es sei gerade so wie vor seinen epileptischen Anfällen. Zuweilen habe er diese Aura geradeso wie vor Anfällen, ohne dass es zu solchen komme. Dieses ganz unerklärliche Wohlbefinden und Glückseligkeitsgefühl dauere aber in solchem Falle höchstens Minuten.

Das Eintreten der manischen Anfälle ist ein plötzliches, wie bei periodischen. Die Acme wird binnen Stunden erreicht. Die längste Dauer jener beträgt 5 Tage. Regelmässig geschieht es, dass 1—3 Tage nach Lösung des Anfalls ein zweiter und zwar gegen Abend erfolgt, der milder und rascher (abortiv) binnen 16 Stunden verläuft, im Uebrigen aber eine getreue Copie des ersten ist.

Die Lösung des Anfalls vollzieht sich in der Weise, dass Pat., der bisher schlaflos war, Abends sich noch in voller Manie zur Ruhe begiebt, nach gut durchschlafener Nacht normal erwacht oder indem während des letzten Tages der manische Erregungszustand rasch abklingt.

Danach ist Pat. erschöpft, klagt über grosse Mattigkeit, Abgeschlagenheit und über Kopfweh, sitzt stundenlang ruhig da, verstimmt über die beständige Wiederkehr seines Leidens und hat grosses Schlafbedürfniss.

Jeweils im Status retrospectivus ergiebt sich, dass Pat. treue Erinnerung für alle Details seiner Krankheitserlebnisse hat. Er versichert, zeitlich und örtlich immer orientirt gewesen zu sein und das Krankheitsbewusstsein nie verloren zu haben. Pat. erklärt, er könne hinterher nicht begreifen, wie er solchen Unsinn sprechen und solche dumme Ideen haben konnte.

Er berichtet von elementaren und complicirten Gesichts- und Gehörshallucinationen, die er jeweils im Anfall habe. So habe er Lichtblitze, sehe wie die Gesichtszüge der Anwesenden sich beständig verändern, sehe den Teufel, schwarz, mit Hörnern, Engel, seine Frau, schreckhafte Bären. Er höre Gemurmel, liebliche Töne, die immer heller werden, Melodien, seinen Namen, verworrene Zurufe.

Intervallär bietet Pat., ausser seinen gelegentlichen epileptischen Anfällen, nichts auf epileptische Neurose Hinweisendes. Bigotterie ist ihm fremd.

Bemerkenswerth ist noch, dass Pat., als er 1892 kam, eine beiderseitige leichte Ptosis bot, die aber durch Willenseinfluss behebbar war. Auch war im Anfall die l. Pupille weiter als die r., die Reaction aber normal. Intervallär traten Pupillendifferenz und Ptosis ziemlich zurück. Von 1894 ab fand sich nur noch paroxysmale leichte l. Ptosis.

Körperlich erwähnenswerth wäre noch mässige Atheromatose und eine Stenose der Aortaklappen.

Da Pat. seit Anfang 1896 nicht mehr zur Aufnahme gelangt war, zog ich beim Abschluss vorstehender Krankheitsgeschichte (April 1898) Erkundigungen über ihn ein. Seine Frau hatte ihn dazu gebracht täglich 3,0 Bromsalz einzunehmen und sich, abgesehen von einem Glase Bier, geistiger Getränke ganz zu enthalten. Pat. hatte 1896 und 1897 nur mehr einen epileptischen Anfall monatlich, seit Januar 1898 gar keinen mehr. Von psychischen Insulten war er ganz verschont geblieben.

Epikrise. Die Epilepsie des Pat. ist zweifellos. Ihre Aetiologie erbliche Belastung von Seiten der mit Migräne behafteten Mutter,

Cranium hydrocephalicum, Kopfverletzung) ist nicht sicherzustellen. Da die Narbe am Kopf nie Symptome machte, keine Aura von ihr aus sich entwickelte, kann von einer traumatischen Epilepsie Sensu strictiori nicht die Rede sein, jedoch kann das Trauma capitis als die Entwickelung einer „epileptischen Veränderung“ begünstigendes Moment nicht bedeutungslos erklärt werden.

Mit 13 Jahren erster und isolirter epileptischer Insult, mit 17 Jahren ein analoger Anfall von Mania acutissima, durch Verbleiben auf der Stufe einer manischen Exaltation auffällig.

Vom 17. Jahre bis zum 48. Schweigen der Epilepsie, eventuell äquivalente Augenmigräne. Vom 48.—57. Jahre seltene specifische epileptische Anfälle von Delirium mit Amnesie.

Vom 57. Jahre ab, unter Schwinden der Augenmigräne, Wiederkehr klassischer epileptischer Insalte. Vom 58. Jahre ab peracute manische Erregungszustände, mit hinzutretenden typischen epileptischen Delirien.

Auch ganz abgesehen von dieser letzteren Thatsache, bieten diese manischen Anfälle ein hohes klinisches Interesse.

Sie kehren periodisch oder beständig recidivirend wieder, sind typisch congruent und erinnern damit an Typen periodischer Manie, aber in solch peracuter Verlaufsweise spielt sich diese psychische Krankheitsform nicht ab.

Es fehlen diesen manischen Zuständen aber auch alle klinischen Detailerscheinungen der (degenerativen) periodischen Manie.

Von einer Zornmüthigkeit (Mania furiosa), die beständig recidivirt, kann auch nicht die Rede sein, ebensowenig lässt sich diese Mania mitis acutissima in den Rahmen der Mania transitoria einreihen.

Es handelt sich um ein ganz eigenartiges manisches Irresein, das seine Signatur durch peracuten Verlauf und Verbleiben auf der Stufe einer blossen manischen Exaltation bekommt.

Transitorische Psychose hat eine symptomatische Bedeutung. Peracuter Verlauf weist, als symptomatisch reactive Erscheinung einer dauernden Veränderung im Centralorgan, auf eine solche hin, ausgenommen es handelt sich um transitorisches Irresein ab intoxicatione. Ueberaus häufig ist die dauernde Veränderung eine Neurose und zwar meist Epilepsie. Die herrschende Annahme auf Grund thatsächlicher Erfahrung geht dahin, dass die durch Epilepsie hervorgerufenen psychopathischen Bilder sich auf der Stufe eines Dämmer- oder Traumbewusstseins abspielen und getrübte Erinnerung bis zu vollständiger Amnesie hinterlassen.

Keine Regel ohne Ausnahme! Selbst für den gewöhnlichen epi-

leptischen Anfall ist Aufhebung des Bewusstseins nicht unerlässlich. Auch psychische Aequivalente desselben, seine postepileptische und freistehende psychische Anfälle kommen ohne Bewusstseinstrübung und ohne Erinnerungsdefekt ablaufen. Wildermuth (med. Corr.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins LX 11) hat solche psychisch-epileptische Anfälle ohne Bewusstseinsstörung zum Gegenstand einer eingehenden Studie gemacht.

Dass im vorstehenden Falle die Psychose in voller Bewusstseinshelle und ohne restirenden Gedächtnissdefekt sich darbot, kann die Berechtigung, sie mit der epileptischen Neurose in Beziehung zu bringen, nicht aufheben. Es fragt sich, was das für Beziehungen sind? Die psychische Aura der manischen Insulte ist identisch mit der der epileptischen. Die Deutung kann nur in dem Sinne geschehen, dass man diese manischen Anfälle für allerdings sehr seltene psychische Aequivalente eines epileptischen Insults erklärt.

Jeder weitere Deutungsversuch ist bedenklich. Ueber epileptische Veränderung, über Das, was im epileptischen und im manischen Anfall im Gehirn vor sich geht, weiss man eigentlich nichts.

Mit der klinischen Auffassung des vorstehenden Falles als eines solchen von symptomatischer Manie im Rahmen der epileptischen Neurose würde sich die Eigenart dieser Manie hinsichtlich Symptomatik und Verlauf erklären lassen. Den eingestreuten epileptischen Delirien kann nur ein nebensächlicher diagnostischer Werth zuerkannt werden.

Der vorausgehende Fall hat manches gemein mit einem früher von mir beobachteten.

Beob. 4. D., 42 J., Kellner, von neuropathischem Vater und sehr jähzorniger Mutter, erhielt von dieser, als er 12 Jahre alt war, mit einem Scheit Holz einen Schlag auf den Hinterkopf, der eine Narbe aufweist. Im Anschluss daran häufige Enuresis durch 4 Jahre. Pat. war kein Trinker. Mit 40 Jahren erster epileptischer Insult ohne palpable Ursache. Anfälle in Pausen von mehreren Monaten wiederkehrend. Keine Aura vor denselben. Alle 1—2 Monate paroxystische Zustände grosser Heiterkeit und Selbstzufriedenheit, ohne Bewusstseinstrübung. Dauer circa 10 Minuten. Er schämte sich hinterher solcher Zustände von Ausgelassenheit.

Anfang März 1883 letzter epileptischer Insult.

Am 22. 3. 1883 unvermittelte und plötzliche Entwickelung eines manischen Exaltationszustandes. Nach schlafloser Nacht geht Pat. am 23. früh auf meiner Klinik zu in manischer Erregung. Er singt, spricht unaufhörlich, ist höchst ausgelassen. Eine Probe seines Ge-

dankenganges ist folgende: „mein Koffer ist auf der Bahn, mein Frack in P., ich im Spital — juhe! wie kommen wir wieder zusammen! Furcht kenne ich nicht, der Teufel kann mich .... lecken; Morgen gehen wir es an, echt österreichisch!“ Pat. bietet das Bild eines gewöhnlichen manischen Exaltationszustandes. Nachmittags wurde er plötzlich ruhig, ganz geordnet, bot keine Erinnerungslücke und wusste keine Erklärung für diesen plötzlich über ihn gekommenen Ausnahmszustand. Nach wenigen Tagen entlassen.

Epikrise. Auch in diesem Fall von sicherer Epilepsie erscheint das peracute Auftreten und Verlaufen einer Mania mitis höchst auffällig und die Annahme eines psychisch epileptischen Aequivalents im Sinne der obigen Auseinandersetzungen berechtigt.

Es fragt sich, ob die früheren Anfälle à la minute Auraerscheinungen oder abortive Insulte gewesen sind.

Auch in dem folgenden Fall findet sich bei sicherer Epilepsie ein manisches Bild mit eigenthümlichen Details.

Beob. 5. M., 39 J., Taglöhnerin, aufgenommen März 1873, stammt von epileptischer Mutter, wurde mit 20 Jahren nach Schreck epileptisch. Die Neurose manifestirte sich seither in Form von alle paar Tage wiederkehrenden klassischen Insulten.

Seit 3 Jahren hatten sich Schwachsinn, grosse Reizbarkeit und zeitweilig, ausschliesslich postepileptisch, wenn auch um Tage vom letzten Insult getrennt, Zustände von manischer Erregung eingestellt. Pat. wurde dann unstet, erotisch zudringlich, bot Bewegungsdrang und Redesucht, wobei sie ausschliesslich sich ihrer Muttersprache (Slovenisch) bediente, wurde unzufrieden, begehrlich, reizbar, bis zu Gewaltthätigkeiten, war andauernd schlaflos, nicht verwirrt, nicht hallucinirend. Der Zustand steigerte sich nie bis zur Höhe förmlicher Tobsucht. Nach längstens 8 Tagen kehrte Pat., die im Anfall durch Pallor und verstörte Miene besonders auffallend gewesen war, durch ein Stadium mehrtägiger Umdämmerung, Morosität, Mattigkeit, Schläfrigkeit zur relativen Norm zurück. Solche Anfälle kehrten, typisch congruent, etwa alle 6 Wochen wieder.

Nie fand sich Erinnerungsdefekt vor. Intervallär Schwachsinn, Reizbarkeit, zeitweise Kopfweh, Intercostalneuralgie. Unter Brombehandlung wurden die convulsiven Anfälle selten und die manischen blieben ganz aus. Eines Tags weigerte Pat. das weitere Einnehmen. Einige Tage später Stat. epilepticus. Tod. Section: Oedema Piae et cerebri. Echinococcencysten: 1. haselnussgross im unteren Theil der l. S. Stirnwindung. 2. dito im unteren Abschnitt des ventric. IV, leicht ablös-

bar vom Ependym, über die striae acust. hinaufreichend und seitlich zwischen die kammartig hervorgetriebenen eminent. teretes eingekeilt; 8. erbsengross in der a. o. Spitze des l. corpus striat.

Epikrise: Auch dieser Fall, obwohl dem Bild einer periodischen Manie sich nähernd, ist auffällig durch seine kurze Dauer, seine Lösung durch einen Dämmerzustand. Seine Zugehörigkeit zur Epilepsie durch postepileptisches Auftreten ist nicht zu bezweifeln.

Der folgende Fall betrifft einen kürzlich beobachteten Epileptiker, der ganz unmotivirt und transitorisch das Bild einer Melancholia acutissima und hinterher für die ganze Krankheitszeit Amnesie bot.

Beob. 6. D., 23 J., Schlossergehilfe, von gesunden Eltern, hat mit 2 Jahren eine Zeit lang an heftigen Convulsionen gelitten. Seit 8 Jahren, ohne Anlass (Pubertät) epileptische Anfälle, die anfangs nur allmonatlich, seit 1 Jahre jede Woche wiederkehrten. Mässige Lebensweise, Jähzorn, bisher nie geistige Störung. Am 20. 1. 1898 Abends wurde Pat. dadurch auffällig, dass er ängstlich, verstört wurde. Zu Bett gebracht, blieb er nicht darin, verbrachte die Nacht zum 21. schlaflos, betend. Er faltete die Hände, jammerte und rief beständig, „mein Gott, o mein Gott!“ Auf wiederholte Fragen, was er habe, erklärte er „ich will brav sein, so dumm war ich.“

Auf der Klinik aufgenommen, normaler somatischer Befund. Schädel ohne Besonderheiten.

Pat. ängstlich gehemmt, in erwartungsvoller Spannung. Eingriffen von Aussen wird passiver Widerstand entgegengesetzt. Nahrung refüsirt. Vom Moment seiner Aufnahme an kniet Pat. im Bette, mit gefalteten Händen beständig vor sich hinmurmelnd „Gott o mein Gott!“ Auf eindringliches Befragen entäussert Pat. spärliche Selbstanklagen, er sei ein grosser Sünder, habe einst Unkeuschheit getrieben und sei nun zur Strafe hier im Fegfeuer. Weitere Auskunft ist nicht zu erlangen. Er verharrt in Seufzen und Gebet und beachtet kaum die Vorgänge um ihn. Die Nacht zum 22. bringt Pat. regungs- und schlaflos im Bette zu. Er hält die Augen zugekniffen, erklärt, er dürfe sie nicht öffnen, zeigt aber auf Verlangen die Zunge. Am 22. Nachmittags 5 Uhr kommt Pat. plötzlich aus diesem Zustand heraus, ist lucid, geordnet, hat Amnesie für die ganze Krankheitszeit. Er kann sich nicht erklären, wie er dazu gekommen. Im Anschluss an einen epileptischen Insult war der Anfall nicht aufgetreten. Pat. wurde nach wenigen Tagen entlassen und bot nichts Pathologisches mehr.

Zu den bestgekannten Categorien des epileptischen Irreseins gehören psychopathische Zustände, die in der Regel als freistehende Anfälle und nach Art einer selbständigen Psychose (hallucinatorischer Wahnsinn) einsetzen und verlaufen. Da Aeusserungen der epileptischen Neurose in Gestalt von klassischen Insulten hier selten vorkommen, ganz entschieden durch Jahre vollkommen fehlen können, erscheint die Beziehbarkeit solcher Psychosen auf eine epileptische Grundlage schwierig und unsicher. Samt, in seiner verdienstvollen Arbeit über epileptische Irreseinsformen, (Archiv f. Psychiatrie V. VI) hat die These aufgestellt, dass man aus Eigenthümlichkeiten der Symptomatik und des Verlaufes die epileptische specifische Bedeutung gewisser Irreseinsfälle erschliessen könne, die einer oberflächlichen klinischen Betrachtung gegenüber in die psychologischen Formen der Melancholie Manie u. s. w. eingereiht worden seien. Damit verlegte er das diagnostische Schwergewicht nicht sowohl in den Nachweis von Manifestationen der epileptischen Neurose, als vielmehr in die klinischen Eigenthümlichkeiten des psychopathischen Zustands.

Damit entging er der Gefahr, in die Andere kritiklos sich begeben haben, indem sie Psychosen bei Epileptikern, die blosse Erscheinungen zufälligen Zusammentreffens waren, für epileptische Psychosen erklärten. Er sicherte sich aber bei der Unerprobtheit seiner diagnostischen Kriterien nicht gegenüber der Möglichkeit in Symptomen und Verlauf ähnliche, mit Epilepsie gar nicht in Beziehung stehende Krankheitsbilder für specifisch epileptische zu halten.

Dieser Gefahr kann begegnet werden, wenn man nur solche Fälle zur Discussion stellt, in welchen die Existenz der Epilepsie zweifellos nachgewiesen ist.

Finden sich unter dieser Voraussetzung die von Samt geltend gemachten Kriterien immer und immer wieder, so wird man die Berechtigung seiner Anschauungen anerkennen und auch Fällen ohne Nachweis der epileptischen Neurose, Angesichts der thatsächlichen Seltenheit ihrer Manifestationen und ihrer leichten Uebersehbarkeit, die Bedeutung specifisch epileptischer Psychosen vindiciren müssen. Die Nachfolger Samt's haben viel eher seinen Standpunkt bemängelt, als klinische Beweise für das Pro oder Contra seiner Anschauungen beigebracht. So begreift es sich, dass auf diesem Gebiete noch gar vieles sub judice steht, der Fortschritt zur ätiologischen Diagnostik behindert ist, und viele Fälle in der Praxis mit der Diagnose „Wahnsinn", „Melancholie mit Stupor", „Tobsucht" abgefertigt werden, die einem besseren Verständniss im Sinne ätiologischer Gesichtspunkte zugänglich wären.

Den Spuren Samt's folgend, der als „protrahirte psychische Aequivalente“ und als „chronisch protrahirtes Irresein“ ähnliche Fälle geschildert hat, theile ich nachstehende Beobachtungen mit, denen ein eigenartiges und vielfach mit Samt's Kriterien übereinstimmendes Gepräge jedenfalls nicht abgesprochen werden kann. Meine Casuistik schrumpft sehr dadurch zusammen, dass nur in der Minderzahl meines Erfahrungsmaterials Epilepsie beim Träger der Psychose nachweisbar war. Gleichwohl erscheint es rathsam, nur solche Fälle von epileptischem „Wahnsinn“ für dessen Studium heranzuziehen.

Beob. 7. Postepileptisches, mehrere Monate sich protrahirendes Aequivalent (Verfolgungs- und religiöses Delirium im Sinne des grand mal)[1].

G., 30 J., Bäcker, stammt von angeblich gesunden Eltern. Eine Cousine leidet an schwerer Hysterie, eine Schwester an Chorea. In der Zahnperiode litt Pat. an Convulsionen; er erlernte das Sprechen erst mit 5 Jahren, machte mit 7 Jahren einen schweren Typhus durch, bekam in der Pubertätszeit epileptische Anfälle, in welchen er sich wiederholt auf die Zunge gebissen haben will. Diese Insulte verloren sich bald, dafür kamen gelegentliche, bis 1 Stunde dauernde Zustände von Umdämmerung des Bewusstseins. Vor 3 Jahren hatte er einen 8 Tage dauernden, schreckhaft deliranten psychischen Ausnahmszustand, wahrscheinlich grand mal.

Seit Herbst 1880 hatte Pat. viel Gemüthsbewegungen und Kränkungen. Im December 1880 schrak er, als ihn der Schwager einmal aus dem Schlafe weckte, heftig zusammen, erlitt einen epileptiformen Anfall, fühlte sich seitdem im Kopfe nicht recht beisammen, war schreckhaft, empfand gelegentlich üble Gerüche, hörte Musik, Stimmen, dass er erschossen werden solle, sah Räuber.

Der Umgebung erschien er einsilbig, gedrückt, unheimlich, man fürchtete sich schliesslich vor ihm.

Am 9. und 10. Januar 1881 war Pat. auf einer Reise mit seinen Verwandten in der Nähe von Graz. Am 10. bekam er einen epileptischen Insult und im sofortigen Anschluss brach ein postepileptisches schreckhaftes Delir aus. Er appercipirte die Umgebung als Räuber, floh entsetzt nach Graz, erschien dort am 11. Morgens im Café, bestellte Frühstück, nahm es aber nicht, legte sich auf eine Bank, fiel mehrmals herunter, bekam klonische Krämpfe, klagte Uebelkeit, fing an zu toben, wurde geknebelt und ins Spital gebracht. Hier kommt er ängstlich, verstört, aufgeregt an, ficht und schreit, delirirt von

[1] Aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. Beob. 58.

Strolchen, die ihn überfallen, gefesselt, ihm Hände und Füsse abgeschlagen und Alles weggenommen hätten. Er glaubt sich hier in einer Räuberhöhle, in einer Löwengrube, schläft die Nacht auf den 12. nicht, sieht Schlangen, Löwen, Räuber, Huren, verkennt die Umgebung feindlich, wird aggressiv.

Am 12. Morgens wird er ruhiger, erzählt, er sei auf einer Reise von Räubern überfallen worden, nach Graz geflohen, dort neuerdings Räubern in die Hände gefallen. In letzter Nacht sei er in einer Mörder- und Löwengrube gewesen. Er habe schreckliches Böllerschiessen, Brausen, Musik gehört, überall Mörder und wilde Thiere gesehen, Hände und Füsse abgeschlagen, sich ganz verlassen gefühlt und vor Angst gezittert.

Nachmittags ist er vorübergehend nahezu lucid, giebt seine epileptischen Antecedentien an. Bald wird er wieder im Bewusstsein sein gestört, delirant, verworren, erklärt die Umgebung für Juden, Könige aus dem Morgenland, Hirten mit dem Morgenstern, sich selbst für den armen Lazarus, für einen Lehrer, reproducirt seine Delirien von Ueberfall durch Räuber und Verfolgung durch wilde Thiere, glaubt sich in einem Stall. Abends ist er Lehrer in der Elementarschule zu Jerusalem mit 400 fl. Gehalt. Der Director dieser Schule heisst Longinus (?). Es wird deutsch und hebräisch vorgetragen. Daneben finden sich Reminiscenzen des Persecutionsdelirs, aber auf biblisches Gebiet übertragen. — Als er von Jerusalem nach Jericho ging, haben ihn Räuber geplündert. Priester und Leviten gingen vorüber und liessen ihn liegen, der Samariter schenkte ihm eine Hose und so konnte er weiter nach Graz. Abends hält er noch den Schulkindern einen Vortrag.

Am 14. Morgens glaubt er sich in Nazareth, im Jahre 1871, er sei übers schwarze Meer dahin gefahren; dann meint er wieder in Bethlehem im Stall zu sein. Im Laufe des 14. ist er relativ lucid, wieder der Bäcker G. und im Stande, einige Mittheilungen über sein früheres Leben zu machen. Er hat nur höchst summarische Erinnerungen aus der letzten Zeit, erinnert sich nicht seiner biblischen Delirien, wohl aber seiner persecutorischen, corrigirt sie theilweise, bleibt aber mimisch verstört, dämmerhaft, ängstlich, gereizt.

Die Nacht auf den 15. schlief er wenig, war Nachts im Tempel, sah lauter Pharisäer und Schriftgelehrte. Tagüber moros, gereizt, ist er Nachts auf den 16. aufgeregt, schreit: „dieser Stall muss zerstört werden“. Er behauptet, durch seine Lehren im Tempel den Zorn der Pharisäer hervorgerufen zu haben, in den Kerker geworfen zu sein. Die Aerzte hält er für Pilatus, Schriftgelehrte und Pharisäer, die

Wärter für Henkersknechte. Er ist in Bethlehem geboren 1851; sein Vater war Zimmermann, hiess Josef, seine Mutter Maria; er heisst Franz Grabner. Er ist von Palästina übers Wasser nach Jerusalem gefahren, seit 3 Tagen dort. Kaiphas hat ihn in den Kerker werfen lassen. Der Wärter ist ein Soldat des Hauptmannes von Kapernaum. Schwere Bewusstseinsstörung, grosse Gereiztheit, mimisch tief verstört, droht jeden Augenblick, auf die Umgebung loszufahren. Auf Momente ist er etwas freier, weiss sich im Krankenhaus.

Am 17. proklamirt er sich als Christus, aber gereizt und mit der Erklärung, dass er von den Juden und Pharisäern hier ans Kreuz geschlagen wird. Er glaubt sich hier im Saal (Hörsaal) vor Pilatus, ein bei der klinischen Demonstration des Kranken anwesender Regimentsarzt in Uniform imponirt ihm als Herodes, er packt einen Stuhl, will auf den Herrn eindringen. Die folgenden Tage ist Pat. schweigsam, von inneren Vorgängen absorbirt, tief gestört im Bewusstsein, gereizt, unleidlich. Er schläft fast gar nicht, weigert oft Essen, weil Gift darin sei, erklärt sich für den ägyptischen Josef, mich für Pilatus, die Assistenten für den Mundschenk und den Bäcker.

Am 20. 1. Abends ist Pat. vorübergehend relativ lucid, bald aber wieder verworren, gereizt, unzugänglich. Vom 21.—24. mehrere epileptische Anfälle mit episodischem Stupor und pamphobischem Delirium. Von da an klärt sich allmälig das Bewusstsein. Pat. ist wieder der Grabner. Er hat summarische Erinnerung für die Erlebnisse der letzten Tage, klagt, dass es ihm immer sei, als ob Räuber und Mörder um ihn wären und man ihn kreuzigen wolle. Nachts halte man ihm immer falsche Anklagen vor. Er corrigirt seine biblischen Delirien, erzählt, dass er die Umgebung für biblische Personen hielt, weil er sie in prunkhaften Gewändern gesehen und Weihrauchdüfte gerochen habe. Pat. ist in der Folge sehr matt, erschöpft, schlafbedürftig, leicht dämmerhaft.

Am 7. und 11. 2. epileptoider Anfall (allgemeiner Schüttelkrampf bei erloschenem Bewusstsein). Seitdem noch dämmerhafter, verschlafener als vorher, wieder mehr moros und reizbar.

In der Nacht auf den 5. 3. entsteht Feuerlärm im Spital. Pat. hört ihn, wird sofort wieder delirant, sitzt die Nacht hindurch vor Angst, behauptet am anderen Morgen, er sei im Feuer gewesen, habe sich verbrannt. Nun kommt wieder das schreckhafte Verfolgungsdelir (Juden, Räuber).

Am 13. 3. 1881 wird er der Irrenanstalt übergeben, in welcher er in der beschriebenen Weise bis Mitte Mai delirant bleibt. Die Erinnerung für die Erlebnisse des Delirs ist eine höchst summarische.

Am 30. 5. epileptischer Anfall mit folgendem Wuthanfall. Am 9. 6. zweistündiges schreckhaftes Delir. Am 11. 6. epileptischer Insult mit mehrstündigem postepileptischem schreckhaftem Delir. Mehrmalige Wiederholung von Juni bis September. Von da an ist Pat. ganz lucid und frei von epileptischen Insulten. Am 9. 1. 1882 wird er „genesen" entlassen.

Bis Ende September 1882 ist er ruhig, geordnet. Da ersticht er seinen Bruder (Durchtrennung des Rückenmarks) in einem zornigen Affect. Mitte September geräth er in Erbschaftsstreitigkeiten mit seinem Vater, würgt ihn, bis dieser bewusstlos wird und durch die Nachbarn befreit wird. Diese letzte Gewaltthat fiel in das Exacerbationsstadium eines neuen deliranten Paroxysmus, in welchem Pat. am 20. 9. 1882 neuerdings Aufnahme auf der Klinik findet. Ausser einem leicht microcephalen Schädel (Circf. 54, Längsm. 17, Querdurchm. 14) bietet Pat. nichts Bemerkenswerthes. Die erprobtesten Antiepileptica (Bromkali bis 8,0 täglich, Atropin) erwiesen sich, wie auch früher, ganz erfolglos.

Beob. 8. Protrahirtes, resp. recidivirendes postepileptisches Delirium mit intercurrentem Stupor [1]).

R., 34 J., Beamtenfrau, wurde am 17. 4. 1875 in der Irrenanstalt aufgenommen. Grossvater und Vater sind apoplectisch gestorben. Pat. wurde im 16. Jahre nach heftigem Schrecken epileptisch. Die Anfälle traten etwa alle 14 Tage und, nachdem die Menses im 16. Jahre sich eingestellt hatten, besonders stark und gehäuft zur Zeit dieser auf. Man verheirathete sie im 30. Jahre in der Hoffnung, dass die Krankheit dadurch sich verliere, aber die Anfälle wurden eher häufiger. Sie kamen ohne Aura und hinterliessen jeweils einen mehrstündigen Dämmerzustand.

3 Wochen nach der 1. Entbindung kam es zu einem Anfall von Irresein von 12tägiger Dauer. Pat. sah den Mann erschossen, die Eltern todt, meinte, ihr Kind sei todt, habe keine Augen. Sie schlief nicht, ass nicht, war tief verworren und ängstlich aufgeregt. Sie hatte völlige Amnesie für diesen Anfall.

3 Wochen nach der 2. Entbindung (1873) erfolgte ein 2., dem 1. wesentlich gleicher Anfall, der 4 Wochen dauerte.

Seitdem stellten sich die epileptischen Anfälle viel häufiger, etwa alle 2 Tage ein. Pat. wurde geistig verändert, moros, zornmüthig, gedächtniss- und geistesschwach.

---

1) Aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie. 1. Aufl. (Beob. 87.)

6 Wochen nach der 3. Entbindung (Februar 1875) erkrankte Pat. zum 3. Mal psychisch nach gehäuften epileptischen Anfällen. Sie erschien ängstlich, deprimirt, im Bewusstsein erheblich gestört, klagte selbst über tiefe geistige Verwirrung, wähnte sich verachtet und verfolgt von Jedermann, hörte sich von den Dienstboten verspotten, Hure schelten, litt an Schwindel, Funkenblitzen vor den Augen, Kältegefühl, Schlaflosigkeit, trieb sich verworren, dämmerhaft und von Angst getrieben, planlos im Hause herum, versuchte wiederholt sich das Leben zu nehmen. Der Zustand bewegte sich in Remissionen und Exacerbationen, welche letztere jedesmal an neue epileptische Anfälle sich anschlossen. Das ganze Krankheitsbild machte der Beschreibung nach den Eindruck eines protrahirten und wiederholt recidivirenden Dämmerzustandes mit Angst (petit mal). Ende März schossen im Gebiet des 2. und 3. Astes des Trigeminus Blasen auf, die rasch platzten und eine excoriirte nässende Fläche hinterliessen. Diese wohl als neurotrophische Erscheinung aufzufassende Hautaffection heilte unter dem Gebrauch von Sol. Fowleri binnen 10 Tagen.

Bei der Aufnahme (Mitte April) erschien Pat. mimisch tief entstellt, schmerzlich verstört. Sie hörte beschimpfende Stimmen, ferner, dass sie nicht mehr gesund werde, war sehr ängstlich, schlaflos, dämmerhaft im Bewusstsein. Lebhaftes Zucken und Beben der Gesichtsmuskeln bei mimischen und artikulatorischen Impulsen, Pupillen weit, träge reagirend. Zunge zitternd, mit zahlreichen alten Bissnarben. Keine Erkrankung der vegetativen Organe.

Am 25. 4. schwand plötzlich dieser psychopathische Zustand, für den Pat. nur eine summarische Erinnerung bewahrte. Unter Bromkalibehandlung (6,0) wurden die Anfälle selten, besserten sich Stimmung und Gesammtbefinden.

Am 12. 5. Abends, nach vorausgehender Gereiztheit, trat ein epileptiformer Anfall ein, bestehend in einer kurzen Streckung des Körpers bei momentan erloschenem Bewusstsein. Im unmittelbaren Anschluss an diesen Anfall brach Irresein aus. Pat. wurde hochgradig ängstlich, verworren, im Bewusstsein tief gestört. Sie appercipirte feindlich, schrie nach einem Messer, um sich umzubringen, behauptete, sie habe einen Pferdefuss, einen Ochsenkopf. Sie schreckte oft auf, rief: „Mutter, Mutter, jetzt wollen sie mich erschiessen.“ weigerte die Nahrung, schlief nicht. Das Delirium war ein vorwiegend schreckhaftes. Stundenweise bewegte es sich wohl auch in einfachen Reproductionen von Erlebtem, episodisch stellten sich Verbigeriren, Reimerei und Silbenstecherei ein. Pat. war andauernd schlaflos, ohne Fieber, die Pupillen weit, träge reagirend.

Am 17. 5., nach einem leichten epileptischen Anfall, trat Stupor ein, der bis zum 19. andauerte. Dann setzte wieder ein höchst verworrenes ängstliches Delir ein, mit ganz abgerissenen Worten und selbst ganz unartikulirten Lauten.

Am 28. 5. fing Pat. an stundenlang zu schlafen. Sie war beim Erwachen dann jeweils einige Zeit ohne Delir, leidlich lucid, bejammerte ihre Lage, ihre schreckliche Krankheit und äusserte den Wunsch, sterben zu können. Das Delir verlor am 29. und 30. seinen schreckhaften Charakter. Es bekam ein pathetisch declamatorisches Gepräge, oft noch mit ganz unverständlichen Worten und stellenweise verbigerirendem Charakter. Daran schloss sich vom 31. 5. bis 3. 6. ein verworrener geistiger Dämmerzustand ohne Delirium, aus welchem Pat. am 4. 6. plötzlich mimisch und psychisch frei zu sich kam. Sie hatte nur höchst vage Erinnerungen aus der Zeit der Krankheit, die sich um Angst und schreckhafte Hallucinationen drehten. Unter Bromkali (8,0) verloren sich die epileptischen Anfälle, besserten sich Morosität, Reizbarkeit und geistige Insufficienz, sodass Pat. am 12. 9. 1876, bis auf einen leichten Grad geistiger Schwäche, psychisch ganz befriedigend, nach Hause entlassen werden konnte.

Beob. 9. Am 12. 8. 1885 wurde R., 28 J., ledig, Taglöhner, auf meiner Klinik aufgenommen. Anamnese fehlt. Pat. geht im Bewusstsein schwer gestört, mit ängstlich schmerzlichem Gesichtsausdruck zu, ganz desorientirt und von inneren Vorgängen ganz absorbirt. Vom 15. ab wird er mimisch freier, fängt an zu sprechen, glaubt sich in einem Kerker, weiss nicht, wie er dahin gekommen. Er habe bös geträumt, schreckliche Situationen durchgemacht, Blut, Feuer gesehen, mit Teufeln, schrecklichen Thieren gekämpft. Seine Erinnerung ist aber eine höchst summarische und um einige Tage über den 12. 8. zurück getrübt. Pat. erscheint bis zum 20. erschöpft, dämmerhaft, verfällt dann in Stupor mit kataleptiformem Beibehalten gegebener Stellungen. Der Stupor dauert bis zum 30. 8., wird von schreckhaftem Delir, untermischt mit Gottnomenklatur und Majestätsdelir, abgelöst. Am 4. 9. setzt wieder Stupor ein, der bis auf tageweise Episoden von plötzlicher Gereiztheit, ängstlicher Bewegungsunruhe und Aggressivwerden gegen die Umgebung anhält.

Anfang October wird Pat. lucid, hat nur höchst summarische Erinnerung für den ganzen Krankheitsverlauf, berichtet von epileptischen Anfällen, denen er seit seinem 20. Jahr unterworfen sei und die, wohl auf Grund von zu reichlichem Alkoholgenuss, in der letzten Zeit vor der Aufnahme sich häufiger eingestellt hatten.

Beob. 10. W., Marie, 25 J., Dienstmagd, gelangte am 21. 8. 1875 auf meiner Klinik in Graz zur Aufnahme, da sie am 20. 8. unmotivirt ihren Dienst verlassen hatte, in den Strassen herumgedämmert war und in einem ganz fremden Hause ihre Kleider, die sie dort deponirt habe, zurückgefordert hatte. Den Bewohnern war sie ganz unbekannt. Pat. wurde drohend und arretirt. Auf der Klinik war sie anfangs noch dämmerhaft, wurde dann lucid und hatte Amnesie für alles Vorgefallene.

Sie berichtet, dass ihr Vater ein Säufer, die Mutter epileptisch sei. Eine Schwester ist irrsinnig.

Seit den ersten Menses, mit 17 Jahren, litt Pat. regelmässig prämenstrual an epileptischen Anfällen, mit postepileptischer Verwirrtheit.

Sie hat hydrocephales rachitisches Cranium, degenerative Ohren, eine gut compensirte Mitralinsufficienz, ist psychisch auffällig nur durch grosse Reizbarkeit.

Von Mitte September ab bietet Pat., unter Erscheinungen zunehmender Reizbarkeit, Streitsucht und Fluxion zum Kopf, einen Zustand von pathologischem Zornaffect bis zu Tobsucht, der bis zu 8 Tagen andauert, plötzlich sich löst und völlige Amnesie für den ganzen Zeitraum hinterlässt.

Es wird constatirt, dass dieser Zustand jeweils prämenstrual eintritt und dass seine Lösung mit dem Erscheinen der Menses zusammenfällt. Rechtzeitiges Eingreifen mit Morphiuminjectionen vermag ihn milder zu gestalten, ohne ihn aber abortiv verlaufen zu machen.

An einen solchen Insult, der am 4. 2. 1876 wieder einmal eintrat, reiht sich am 9. ein hallucinatorisch delirander Zustand. Pat. schwer im Bewusstsein gestört, appercipirt feindlich, bewegt sich in zornigen Affectdelirien, mit enormer Verworrenheit und Wuthausbrüchen. Sie faselt von Verfolgung, Todesgefahr, hört anklagende Stimmen, sie sei eine Mörderin, schäumt darüber vor Wuth auf, ist temporär unnahbar. Dann kommen ruhigere Situationen, in welchen viel von Versündigung, Erlösung, Hölle, Himmel, Gott, Mutter Gottes die Rede ist. In einem solchen deliranten Dämmerzustand bringt Pat. Monate zu. Die Menses markiren jeweils Exacerbationen. Anfang Juli schiebt sich ein 8tägiges Stuporstadium dazwischen. Dann wieder Status quo ante. Enorme Verworrenheit, „mein Todtenschein war schon lange zu sehen auf dem blauen Rindfleisch“. Anfang August schwindet plötzlich Delir und Aufregung. Pat. ist nun tief dämmerhaft und verworren, bezeichnet sich als den „Kaisermann“. Ende August kommt sie zu sich, ist tief erschöpft, schwach, zitterig, sehr empfindlich gegen Licht und Geräusch und ruhebedürftig. Ihre Erinnerung reicht nur

auf etwa 3 Wochen zurück und ist summarisch. Was es mit dem Kaisermann und dem blauen Rindfleisch für ein Bewandtniss hatte, weiss sie nicht, nur der erstere Ausdruck ist ihr erinnerlich. Sie war ganz verwirrt im Kopf, glaubte sich von Feinden umgeben, die ihr einen Stein auf die Brust gelegt hatten. Bald wurde ihr der Fuss, bald die Hand todt, sie fand oft keinen Athem, glaubte ersticken zu müssen. Sie sah oft Alles blau, dann wieder golden, so dass sie davon geblendet war. Die Flammen hatten farbige Ringe. Pat. wird nun mit Bromsalzen behandelt. Die Menses verlaufen seither mit Gereiztheit, Fluxionen, Schwindel, Kopfweh, aber es kommt nicht mehr zur Zornsucht oder Delirien. Pat. erholt sich ganz befriedigend und wird am 12. 2. 1877 genesen entlassen.

Beob. 11. F. Sch. Bauer, 48 J., ledig, wurde am 16. 8. 1888 in der Grazer psychiatrischen Klinik aufgenommen.

Vater war Potator, ein Bruder litt an Convulsionen. Pat. war ziemlich dem Potus ergeben, war aber früher gesund gewesen und hatte bis zum 11. 8. 1888 nie etwas Auffälliges geboten.

An diesem Tage wurde er ängstlich verwirrt, verkannte die Umgebung feindlich, fing an zu beten, lief in die Kirche, schrie dort vor Angst, ging auf die Leute los, wurde mühsam heimgebracht, wehrte sich, mit der Motivirung, man solle ihn in der Kirche sterben lassen. Daheim wähnte er sich bald in der Hölle, bald im Himmel, legte sich in der Position eines Gekreuzigten auf den Boden. Am 12. und 13. wurden an ihm 2 Anfälle von Epilepsie beobachtet. Darauf steigerte sich seine Angst und Unruhe; er bot dämonomanisches Delir, mit heftigen Reactionen, versuchte seinen kleinen Hund zu zerreissen, in der Meinung, es sei der Teufel. Am 15. hellte sich vorübergehend sein Bewusstsein etwas auf, er sprach die Befürchtung aus, dass man ihn ins Irrenhaus bringen werde.

Seiner Umgebung fiel seine grosse Gesichtsblässe auf. Bei der Aufnahme am 16. 8. war Pat. im Bewusstsein tief gestört, delirant, fieberlos, auffallend blass im Gesicht, bei stark contrahirten Arterien. Er ist in der Folge schlaflos, ganz von Sinnestäuschungen occupirt. Die Miene verstört, wechselnd entsetzt und glückselig. Er äussert Selbstanklagedelir, hat unwürdig communicirt, seine Missethaten schreien zum Himmel, 23 Sünden hat ihm der Priester nicht vergeben, er kommt in die Hölle, schon die Arbeiter auf dem Feld haben es gesagt. Ihm wurde gesagt, dass der linke Schächer verdammt sei, wie Alle, die nicht Busse thun. Er will nicht trinken noch essen, bevor nicht alle Sünden ihm verziehen sind. Episodenweise sieht er weissen Schein, goldigen

Glanz. Er sieht den Engel, der der Jungfrau Maria die Botschaft brachte, wird wie Jesus leiden, dafür aber mit all seinen Angehörigen, indem er sie erlöst, in den Himmel gelangen. Vorübergehend glaubt er sich im Paradiese, ist glücklich, nicht sterben zu müssen. Am 17. ist er einige Stunden in Remission. Er berichtet, dass er den Boden ganz roth sah, in der Höhe lichte Wolken. Das erinnert ihn an die Hölle und an Christi Himmelfahrt. Dann hatte er grosse Angst vor den Anfechtungen des Teufels, sah schwarze Schatten und hörte wüsten Lärm. Dann kam die Erleichterung. Er sah noch flüchtig den Teufel, schwarz und gelb, dann weisse Tauben. Es war ihm glückselig zu Muth, er hörte schöne Musik und verspürte himmlischen Wohlgeruch. Am 18. Exacerbation, schwere Trübung des Bewusstseins, Himmelsdelir, der Arzt wird als Jesus verkannt. Im Hintergrund Angst und Gereiztheit, böse Geister wollen ihn kreuzigen. Liegt stundenlang in der Position des Gekreuzigten da.

Am 20. tagüber Stupor. Am 21. freier, aber delirant. Glaubt sich in Vorhölle, am 22. in Kirche. Die barmherzige Schwester ist Mutter Gottes, ein Wärter ein Diener, welcher Jesum getauft hat, der Arzt ist Christus. Am 23. schwelgt er in den Wonnen des Paradieses. Am 24. wieder Stupor. Von nun an allmälige Klärung durch einen Dämmerzustand hindurch, in welchem ab und zu noch Versündigungsdelir und Himmelsdelir auftauchen. Das letztere wiegt vor. Er behauptet, er sei schon gestorben daheim und dennoch am Leben. Zunehmend geordnet. Gute Nächte. Am 5. 9. Bisswunde an der Zunge, offenbar von einem nocturnen epileptischen Anfall. Bis Mitte September völlige Klärung des Bewusstseins. Summarische Erinnerung. Anamnestisch wird ein epileptoider Anfall, den des Kranken Bruder 1881 beobachtete, erhoben. Genesen entlassen am 30. 9. 1883.

Die Eigenartigkeit dieser Bilder von „Wahnsinn" muss ohne Weiteres zugegeben werden. Seltener erscheinen sie als postepileptische und lassen sich dann als protrahirte resp. mehrfach recidivirende Aequivalente (Samt) bezeichnen, insofern Recrudescenzen des Anfalls fast regelmässig mit neuen epileptischen Insulten zusammenfallen. Häufiger sind sie von Manifestationen der epileptischen Neurose losgelöste Krankheitszustände. Als Prodromi erscheinen dann vielfach Beklommenheit mit auffälliger Gereiztheit, Druck des Gewissens, Ahnungen bevorstehenden Todes, des jüngsten Gerichts, Drang zu beten. Dann entwickelt sich der Anfall unter Bewusstseinstrübung und hallucinatorischem Delir rasch zu seiner Höhe. Die Bewusstseinsstörung

bietet wandelbare Intensitätsstufen von Dämmer-, Traum- bis zu Stuporzuständen.

Bemerkenswerthe Züge sind auffällige Gereiztheit und Verworrenheit.

Die Delirien zeigen bunten Wechsel und Gemisch von depressivem und expansivem Inhalt.

In dieser Hinsicht besteht auffällige Uebereinstimmung mit den oben geschilderten Zuständen von periodischem Irresein in Form von Delirien. Man findet Sünden- und Selbstanklagedelir, wobei aber früh schon die Aussicht auf Erhebung und Erlösung durchschimmert, persecutorisches, dämonomanisches neben expansivem, das sich um Erhebung auf hohe irdische und himmlische Posten dreht.

Diese Delirien scheinen wesentlich entstanden und unterhalten durch Hallucinationen und Illusionen.

Die Kranken haben zu kämpfen mit Hölle, Tod und Teufel, sehen sich vor Gericht, bedroht von tausend Gefahren, hören wüsten Lärm, Pelotonfeuer, sind durch von allen Seiten auf sie eindringende Verfolger, Teufel, Thiere bedroht. Sie sehen ihre Angehörigen als Leichen, um sich herum Blut, Krieg, Särge, sie werden selbst getödtet, gekreuzigt, liegen dann in einer Gruft, wie todt im Bett oder in der Position des gekreuzigten Christus da, bis expansive Delirien sie aus Gruft, Martern der Vorhölle u. s. w. erlösen und ihnen Himmelfahrt, Apotheose, Paradies vortäuschen. Sie hören dann himmlische Musik, empfinden himmlischen Wohlgeruch, schwelgen in den Wonnen des ewigen Lebens, umgeben von heiligen Personen, eventuell auch irdischen Majestäten, bis plötzlich wieder die Scene sich ändert, sie in die Verdammniss herabgeschleudert werden, von Neuem Martern und Kreuzigung erfahren, den Kampf mit Teufeln, schrecklichen Thieren bestehen müssen.

Tiefe Remissionen sind Regel im Verlauf. Sehr häufig treten episodisch Stuporzustände ein.

Körperlich ist Pallor, Krampfpuls, hartnäckige Schlaflosigkeit, kataleptiformes Beibehalten von Stellungen zu verzeichnen. Der Krankheitszustand klingt regelmässig durch einen Dämmer- oder Stuporzustand aus. Die Erinnerung für die ganze Krankheitszeit ist eine summarische, theilweise sogar ganz fehlende. Die Gesammtdauer dieser Psychose beträgt einige Wochen bis Monate. Antiepileptica versagten mir fast regelmässig.

An die vorausgehenden Fälle von epileptischem „Wahnsinn" mit dem sicheren Nachweis der epileptischen Neurose gestatte ich mir

2 Beobachtungen anzureihen, deren klinische Uebereinstimmung mit jenen sich nicht bestreiten lässt, wobei aber trotz vieljähriger und darauf gerichteter Beobachtung in Anstalten gleichwohl niemals der Nachweis von Epilepsie gelungen ist. Ich habe sie deshalb nicht in Betracht gezogen, kann aber die Vermuthung ihrer epileptischen Bedeutung nicht unterdrücken, umso weniger, als diese Neurose ja viele Jahre latent werden kann und die Möglichkeit des Uebersehens nocturner und milder Entäusserungen der Epilepsie nicht zu bestreiten ist.

Beob. 12. H., 38 J., ledig, Advocaturconcipient aus Ungarn, stammt von einem sehr nervösen Vater, der an Apoplexie starb. Eine Schwester des Vaters litt an Hysteria gravis, eine andere war schwer neuropathisch. Ein Bruder des Pat. ist apoplectisch gestorben. Pat. soll von jeher nervös gewesen sein, kein Trinker. Seit einem Jahre hatte er an Neurasthenie und Nosophobie gelitten. Während eines Aufent- in Rohitsch-Sauerbrunn wegen nervöser Dyspepsie im August 1879, war Pat. ohne palpable Ursache am 23. 8. plötzlich psychisch erkrankt. Er bot zunehmende Gereiztheit, tobte, bewegte sich in Majestäts- und Gottesdelirien, gelangte am 26. 8. in der Grazer Irrenanstalt, fieberlos, in schwerer Bewusstseinsstörung, delirirend, schreiend, brüllend, spuckend, grimassirend zur Aufnahme.

Pat. klein, Schädel normal, r. Pupille weiter als linke, beide reagirend. Vegetativ ohne Befund. Traumhafte Verworrenheit, grosse Gereiztheit, Pfeifen, Tanzen, Wetzen am Boden, Brüllen religiöser Gesänge, gereiztes Sichproclamiren als Gott.

Am 23. 9. einige Stunden ruhig, fast lucid, nur leicht dämmerhaft. Völlige Amnesie für die bisherige Krankheit. Dann wieder im Stat. quo ante. Andauernd schwere Bewusstseinsstörung. Episodisch ängstlich, gereizt, stumm, moros, dann wieder erregt und unnahbar. Erklärt sich zeitweise für Gott, ist dabei aber maslos gereizt gegen die Umgebung, die bald als politische Grössen, bald als Esel, Schweine apostrophirt und mit Umbringen bedroht wird. Mitte October wird Pat. plötzlich ruhig, aber er ist dämmerhaft und erklärt sich gelegentlich für Gott oder Bismarck. Ende October setzt wieder der delirante Erregungszustand ein, mit tiefer Bewusstseinsstörung, enormer Verworrenheit und Gereiztheit. „Ich bin Gott, Adonis. Sie sind Franz Josef“. Pat. fühlt sich inwendig ochsen-, pfauen-, kameelartig, im Körper kalkig, in der Brust ein Uhrwerk. Immer zornig, gereizt, verkennt er die Umgebung meist feindlich, oft auch als Kaiser, Bismarck. Er singt, brüllt, tanzt, grimassirt, verbigerirt stunden- und tagelang, schläft selten und nur für einige Stunden, proclamirt sich in

wuthzorniger Erregung bald als Franz Josef, bald als Gott. „Haben Sie schon einen Gott gesehen? Schauen Sie mich an, ich bin Gott, packen Sie sich hinaus und zahlen Sie eine Million! Ich wünsche als Gott assentirt zu werden.“ Ende 1879 wird Pat. ruhiger, bleibt aber traumhaft delirant, geht mit den Jüngern Christi und Monarchen spaziren, glaubt sich 1878, ist hier in einer Gruft. Dabei höchst gereizt, ist obscön (hat 12 Schwänze). Mitte Januar 1880 wieder sehr erregt und höchst verworren. Pat. commandirt gelegentlich Bataillone, geht nackt als Christus. „Sie sind ein Löwe für mich, ein Bismarck. Schreiben Sie einen Brief an Gott. Sie haben keinen Schwanz, sagen Sie ihm, dass ich Gott bin.“ Der Arzt wird bald als Goethe, Bismarck, bald als Esel, Schwein apostrophirt.

28. 2. 1880. Pat. ist 120 Jahre alt, es ist ein Blutbad hier. Alle sind Götter. Pat. erklärt sich als „Gefreiter von Gott in New York“.

Vom 9. 5. ab schweigt das Delir und die Erregung. Dämmerzustand, spurweise Aufhellung des Bewusstseins — ist hier im Narrenhause, aber es sind lauter Bismarcke und Könige hier. Er ist getauft vom Kronprinz Rudolf im Ofener Tunnel, lässt das ganze Kaiserhaus grüssen. Im Juli zunehmende Klärung, aber andauernd Dämmerbewusstsein und an dessen Schwelle beständig Gott- und Majestätsdelir (ist dann wieder Gott, Franz Josef).

Zu einer völligen Klärung gelangt Pat., trotz aller Nachhülfe, nicht. Anfang 1881 Wiedereinsetzen des Erregungszustandes und Weiterverlauf ganz wie früher. Am 29. 4. 1881 wird Pat. in die heimathliche Irrenanstalt überführt. Der Güte des Herrn Director Niedermann in Pest verdanke ich die Mittheilung, dass Pat. in der nun folgenden zweijährigen Aufenthaltszeit wesentlich in gleicher Verfassung wie während meiner Beobachtung blieb, nie mehr, auch nur für kurze Dauer lucid wurde und bis zu seinem Abgang in eine Siechenanstalt im November 1884 niemals weder Krampfanfälle noch sonst irgendwelche Zeichen epileptischer Neurose geboten hatte.

Beob. 13. M., Margarethe, 34 J., seit 10 Jahren an einen Handwerker verheirathet, von dem Trunk ergebenen Vater und neuropathischer Mutter, ausser Variola nie krank gewesen, seit 10 Jahren in Alkohol ausschweifend, wiederholt schon mit trunkfälliger Sinnestäuschung belastet gewesen, wurde wegen seit 14 Tagen plötzlich aufgetretener Geistesstörung am 8. 4. 1878 der Grazer psychiatrischen Klinik zugeführt.

Die Krankheit hatte mit wachsender Angst, Verwirrtheit, grosser Gereiztheit, Delirien von Vergiftung, Himmelfahrt, Teufelsvisionen ein-

gesetzt. Bei der Aufnahme war Pat. fieberlos, vegetativ ohne Befund, congestiv, mittelgross, schmächtig, rhombeklinocephaler Schädel. Pat. ist ängstlich verstört, schlaflos, äussert Angst vor der Hölle, Selbstanklagen, sieht Teufel, Schlangen, ist masslos gereizt, hat gelegentlich Raptusanfälle, in welchen sie die feindlich verkannte Umgebung erwürgen will, sich die Kleider vom Leibe reisst. Andauernd schwere Bewusstseinsstörung, stundenweise Stupor, dann wieder höchst erregt, schreiend, heulend, betend, singend. Angst vor der Hölle, der Arzt ist ein Todtengräber, eine tiefe Stimme schreit zum Fenster herein „es giebt keinen Gott“. Pat. will nicht essen, weil die Mutter Gottes sie sonst nicht ablöse.

Vom 17. Juni bis 2. Juli ist Pat. ruhig, aber dämmerhaft. Amnesie für die bisherigen Krankheitserlebnisse. Am 2. 7. setzt wieder der frühere Zustand ein. Pat. ist wieder ängstlich, verworren, enorm gereizt, gewaltthätig gegen die feindlich appercipirte Umgebung, die in hässlichen Fratzen, oft auch ohne Kopf ihr erscheint, sie in den Brunnen werfen will.

In der Folge ganz abrupte, bunt wechselnde Grössen- und persecutorische Delirien. Enorme Verworrenheit — Pat. ist episodisch Mutter Gottes, schlägt Fenster ein, um per Leiter in den Himmel zu gelangen. „Christus soll mir Brod bringen, warum soll ich gestochen werden auf der Hochzeit?“ Sie schmiert ihren Stuhl herum, behauptend, es sei Gold. Astlöcher im Fussboden sind Christus, Maria. Allerlei impulsive destructive Acte, oft ganz plötzlich grosse Gewaltthätigkeit. Andauernd schwere Gereiztheit und Verworrenheit. Dieser Anfall dauert bis Anfang Februar 1879, schneidet plötzlich ab und hinterlässt einen Dämmerzustand.

Der weitere Verlauf lässt sich dahin zusammenfassen, dass plötzlich einsetzende und jäh abklingende Anfälle von psychischer Erregung und Delir mit ruhigen Intervallen continuirlich wechseln. Die Anfallszeiten dauern minimal 13 Tage, maximal 6 Wochen. Irgend eine Beziehung zu den Menses besteht nicht. Die ruhigen Intervalle umfassen 2—5 Tage. Sie stellen Dämmerzustände dar, in welchen Pat. örtlich und zeitlich desorientirt bleibt. Erinnerung für die Erlebnisse der Anfälle besteht nie. Ein eigenartiges Relief bekommen diese durch traumhafte Bewusstseinsstörung, enorme Verworrenheit und Gereiztheit. Nicht selten werden in deren Ablauf tageweise Stuporzustände constatirt. Der Inhalt der Delirien ist im Grossen und Ganzen immer der gleiche. Sie sind primordiale oder knüpfen an Hallucinationen an. Vorherrschend sind schreckhafte persecutorische Delirien (Schlangen, wilde Thiere, Tod, Teufel, Hölle, Verbrennungsgefahr, Er-

schossenwerden) mit verzweifelter Gegenwehr, Flucht oder momentaner Erstarrung vor Schreck.

Episodisch erscheinen religiöse Delirien. Dann hält sie den Arzt für den heil. Johannes, für den „seelischen Vater", für Christus und will mit ihm auf die Hochzeit gehen als die „klügste Margareth". Zu Zeiten verkennt sie die Wärterin als Mutter Gottes, mit der sie gleich in den Himmel fahren wird. Andere Male behauptet sie ängstlich und höchst gereizt, sie habe Gott im Bauch, man solle ihn herausschneiden, ihr Zeigefinger sei Christus. Ob man denn nicht bewirken könne, dass die Mutter Gottes geboren werde (!). Brombehandlung, selbst in Tagesdosen bis zu 8,0 war ganz wirkungslos.

Erkundigungen, welche ich über die 1898 noch in der Irrenanstalt befindliche Kranke einzog, ergab Folgendes: Die Anfälle sind im Laufe der Jahre seltener geworden, ohne aber ihr klinisches Gepräge (plötzliches Einsetzen und rasches Abklingen, schwere Bewusstseinsstörung, grösste Verworrenheit, enorme Gereiztheit bis zu Wuthausbrüchen, oft ganz impulsives Aggressivwerden mit extremer Gewaltthätigkeit, Schreien, Brüllen, vorwiegend schreckhafte Delirien, untermischt mit religiös expansiven, episodischem Stupor, Amnesie für das Ganze) verloren zu haben. Intervallär dämmert Pat. herum; Sie glaubt sich auf dem hl. Berg Lagetia und äussert noch intervallär häufig den Wahn, Mutter Gottes zu sein.

Seit einigen Jahren hat die Intelligenz sehr gelitten. Niemals wurden Symptome im Sinne einer epileptischen Neurose constatirt.

Die vorausgehende Arbeit stellt das Vorkommen epileptischer Psychosen sensu strictiori ausser Frage. Sie liefert aber wesentlich nur einen casuistischen Beitrag und lässt es ganz unentschieden, auf welche Weise psychische Bilder auf dem Boden einer epileptischen Neurose ein eigenartiges klinisches Gepräge bekommen. Dies gilt auch für die beiden folgenden Beobachtungen, deren erste eine religiöse Paranoia, deren zweite ein aus depressiven und expansiven Zustandsbildern von typisch epileptischem Delir sich zusammensetzendes cyklisches Irresein darstellt. Sie sind ganz vereinzelte Erfahrungen auf dem Gebiete des epileptischen Irreseins. Nur auf dem Wege der Sammlung einwandfreier klinischer Beobachtungen wird es gelingen, an Stelle der psychologischen Diagnosen zu ätiologischen vorzudringen. Das wäre aber ein bedeutender Gewinn für die Klinik der Psychosen.

Beob. 14. Paranoia epileptica.

R. D., 38 J., Bauernfrau aus Untersteiermark, stammt von jähzornigem, dem Trunk ergebenem Vater und psychotischer Mutter.

Pat. leidet seit dem 20. Jahre an Epilepsie. Seit 1873 waren die Anfälle häufiger geworden und öfters von mehrstündigen postepileptischen Delirien gefolgt gewesen. Pat. wurde Mitte Mai 1875 von einem protrahirten postepileptischen Delir befallen, aus dem sie nach 3 Tagen mit Amnesie zu sich kam. Sie war ganz verworren, höchst gereizt gewesen, hatte beständig gebetet und mit Kerze und Weihwedel herumgekniet.

Bei der Aufnahme in der Irrenanstalt am 23. 5. 1875 war sie ausser Paroxysmus, aber psychisch nicht normal. Sie berichtete von Visionen der Mutter Gottes, von Heiligen, Engeln, die ihr seit Jahren erschienen seien, erklärte sich in der Gnade Gottes zu befinden wegen ihres frommen Lebenswandels. Gleichwohl sei sie von den Leuten beschimpft und angefeindet worden, was ihr viel Kummer verursacht habe. Pat. ist originär geistig beschränkt, der Stirnschädel schmal, niedrig. Sonst kein Befund.

Am 25. 5. epileptischer Insult. Am 2. 6. freistehender Exaltationszustand, in welchem sie religiöse Lieder brüllt, predigt, wallfahrtet. Solche Anfälle wiederholten sich oft und dauern Stunden bis einen Tag. Kein Erinnerungsdefect. Ungebessert entlassen am 14. 5. 1876.

Neue Aufnahme am 6. 1. 1877 in postepileptischer Verwirrtheit. Am 7. wieder ausser Anfall. Pat. ist aber nun die unbefleckte Jungfrau Maria. Sie verlangt als Deputat derselben reichlich Schnupftabak und 3 Seidel Wein täglich. Sie stolzirt als Mutter Gottes herum, lässt sich nichts drein reden, weil sie als göttliche Person machen könne was sie wolle. Zu Arbeit ist sie nicht zu bewegen. Grosse Reizbarkeit. Maasslos zornig und selbst aggressiv, wenn sie nicht genug Wein und Tabak bekommt, ganz besonders aber wenn man sie nicht als „Maria“ anredet.

Episodisch, meist menstrual, kehren die früheren religiösen Exaltationszustände wieder. Pat. wallfahrtet dann, singt Halleluja und psalmodirt. Dabei höchst reizbar, die Umgebung selbst feindlich verkennend und aggressiv. Hie und da zeigt sich neben der religiösen Exaltation auch Erotismus.

Pat. ist andauernd in dem fixen Wahn befangen, Mutter Gottes zu sein. Gelegentlich ist sie die hl. Rosalia. Der Wahn beherrscht ihr ganzes Denken und Fühlen, ist vollkommen an Stelle der früheren Persönlichkeit getreten, sodass man das Vorhandensein einer Paranoia

zugeben und annehmen muss, dass der Wahn einer ausgezeichneten religiösen Persönlichkeit sich direct aus epileptischem Delirium entsprechenden Inhalt herausgearbeitet habe.

Pat. kommt „gleich nach der göttlichen Gnade, hat das Ehrenwort im Himmel vor Gottes Thron". Sie war schon oft in der Hölle, hat dort 15 Männer der Finsterniss überwunden. In gelegentlichem Aerger war die sonst herablassende und traitable Pat. masslos zornig und drohte dann, Alle erstechen und erschiessen zu lassen.

Pat. blieb ganz unverändert bis zu ihrem am 1. 4. 1883 an Variola erfolgten Tode.

Beob. 15. Epileptisches circuläres Irresein.[1]

Spess, 30 J., verheirathet, Grundbesitzer, aufgenommen 29. 12. 1873, stammt von einem trunksüchtigen Vater. Seine Schwester ist epileptisch. Als Kind litt Pat. an Convulsionen. Mit 8 Jahren, nach einem Schreck, zeigten sich epileptische Anfälle, die in der Folge in Zwischenräumen von Monaten bis Wochen wiederkehrten. In den letzten Jahren hatte sich Pat. dem Trunke ergeben, die Anfälle hatten sich gehäuft. Es stellten sich delirante Zustände ein, die die Aufnahme in der Irrenanstalt nöthig machten.

Pat. ist geistig defect, geschwächt. Er findet selbst, dass er kopfkrank sei, er fühle sich immer wie betrunken im Kopf. Erkrankungen vegetativer Organe sind nicht nachzuweisen, Herztöne rein, Puls 72, tard. Gesicht und Extremitäten leicht cyanotisch. Der Schädel von normalen Dimensionen, jedoch am Hinterhaupt stark abgeflacht. Die Oberlippenmuskeln und die Zunge zitternd.

Die Beobachtung ergiebt, dass Pat. neben seinen epileptischen Anfällen, die in Pausen von einigen Wochen und häufig gehäuft wiederkehren, einen cyklischen Wechsel von Exaltations- und Depressionszuständen darbietet, die durch traumartige Störung des Bewusstseins, zeitweisen Stupor, delirantes Gepräge, mit zudem typisch congruenten Delirien religiösen Inhalts (Gottmenschthum?) nebst entsprechenden massenhaften Hallucinationen, sich deutlich als epileptisches Irresein erweisen. Die Depressionsphasen haben durchschnittlich längere Dauer (1—23 Tage) als die Zeiten der Exaltation ($^1/_2$—10 Tage). Zuweilen kommt es auch eine Zeit lang zu einem täglichen Wechsel dieser Zustände, ja hie und da wechseln die Zustandsbilder sogar 1—2 Mal binnen 24 Stunden, wobei aber immer die depressive Phase überwiegt. Zu eigentlich luciden Intervallen kommt es nie, da Pat. in den alle

1) Aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl.

paar Monate sich findenden Zeiträumen, in welchen er frei von Delirium und weder exaltirt noch deprimirt ist, durch sein dämmerhaftes Bewusstsein, seine grosse Gemüthsreizbarkeit und Bigotterie pathologisch erscheint. Zuweilen finden sich nach länger dauernden, mit Schlaflosigkeit einhergehenden Exaltationszuständen auch 1—2 Tage lang solche eines stuporösen Erschöpfungszustandes. Die depressive Phase des circulären epileptischen Irreseins beginnt regelmässig mit Kopfschmerz, Schwere im Kopf, grösserer Reizbarkeit und Morosität, Zunahme der habituellen Cyanose. Pat. wird mimisch tief verstört, gedrückt, sieht starr vor sich hin, spricht leise mit bebenden Lippen, erklärt sich für einen grossen Sünder, nimmt nur Minima von Nahrung zu sich.

Das Bewusstsein ist traumhaft gestört. Pat. kniet herum, betet seinen Rosenkranz, verlangt regelmässig ein Stemmeisen, um den Fuss abzustemmen, eine Hacke, um sich die Finger wegzuhacken und dadurch Gott zu versöhnen. Einige Narben an der linken Hand rühren von einem derartigen Verstümmelungversuch her. Oft will er auch gern ein Auge hergeben, wenn es Gott wohlgefällig ist. Stört man Pat. in seiner Zerknirschung, so reagirt er feindlich, schlägt und beisst nach der Umgebung. Constant ist er in dieser depressiven Phase viel cyanotischer als sonst.

Die Arterie ist drahtartig zusammengezogen und bleibt so auch beim Amylnitritversuch, der Puls ist tard, die Extremitäten und das Gesicht sind kalt, cyanotisch, die Pupillen erweitert, träge reagirend. In diesem Stadium finden sich massenhaft Hallucinationen — Pat. sieht Kreise, Schlangen, Kühe, 2 grosse weisse Männer, Gott Vater mit drohender Miene, den Teufel, der sich in verschiedene Thiere vor seinen Augen verwandelt. Gegen Ende der depressiven Phasen tauchen stundenweise Exaltationserscheinungen (Jauchzen, Singen, Pfeifen, heitere Visionen) auf. Der Umschlag ins Exaltationsstadium ist ein plötzlicher, unter bedeutendem Nachlass der Cyanose, Voller- und Weicherwerden des Pulses, der zugleich frequenter wird. Nicht selten finden sich auch fluxionäre Erscheinungen zum Gehirn. Die Miene belebt sich, Pat. wird redselig, äussert seine Freude, dass ihm so leicht im Kopfe sei. Er fängt an zu singen, zu tanzen und zu jubiliren. Er sieht Gott, schöne Sterne, eine grosse Stadt; der Himmel öffnet sich, er sieht sich ins Paradies versetzt. Gott steigt vor seinem entzückten Auge in Gestalt eines schönen grossen Fisches gen Himmel. Der hl. Geist erscheint ihm in Gestalt eines Knaben, der ein weisses Täfelchen in Händen hält. Er hält dann die Umgebung für Engel, Gott Vater, Christus; Alles ist so wunderschön und glänzend. Der

liebe Gott erscheint ihm farbig schillernd, wie ein glänzender Fisch, vor seinen Augen tanzen goldene Fische. Er ist anhaltend schlaflos, jubilirt, singt, preist Gottes Gnade und Güte. Die Augen glänzen, die Miene drückt Begeisterung aus, der Zustand steigert sich momentan bis zur Verzückung. Der Puls bleibt tard, aber er ist voller, die Arterie weicher als im depressiven Stadium. Bromkali und Morphiuminjectionen erweisen sich erfolglos gegen das circuläre Irresein. Das erstere vermindert wohl die Häufigkeit der epileptischen Anfälle, aber diese sind auf den Gang und die Intensität des cyklischen Irreseins ohne Einfluss. Die einzige bemerkbare Wirkung der epileptischen Insulte ist die, dass wenn sie gehäuft auftreten, die Cyanose während einiger Tage gesteigert ist. Die epileptischen Anfälle sind meist klassische, zuweilen aber beschränken sie sich auf ein allgemeines Zucken und Reissen des Körpers, ohne dass Pat. ganz das Bewusstsein verliert und umstürzt.

VI.

ZUR CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG DER EPILEPSIE.



Zur chirurgischen Behandlung der Epilepsie.

Vor nicht langer Zeit herrschte in Laien- aber auch ärztlichen Kreisen die Meinung, dass die Hirnchirurgie berufen sei, Triumphe bei der Behandlung Epileptischer zu feiern und das Geschick gar vieler dieser Unglücklichen zum Guten zu wenden. Selbst Fälle von Epilepsie, bei denen gar kein Trauma capitis ätiologisch in Betracht kam, drängten sich zu einer operativen Behandlung, und man hatte als Neuropathologe oft grosse Mühe, solche an ihrem Geschick verzweifelnde Kranke von einer gar nicht indicirten, unter Umständen sogar für sie gefährlichen Operation abzuhalten. Neben einzelnen wirklichen Trimmphen operativer Chirurgie verzeichnet die Erfahrung und Statistik unzählige Fälle, in welchen die Lage des Kranken durch operativen Eingriff erheblich verschlimmert wurde. In der grossen Mehrzahl dieser Fälle hätte ein solcher Misserfolg vorausgesehen werden und der Eingriff unterbleiben können, wenn man sich die Mühe genommen hätte, den concreten Fall anamnestisch ätiologisch klarzustellen. Hat man doch sogar in unzähligen Fällen operirt, wo die Aetiologie derselben in ganz anderen Bedingungen lag, als in einem Trauma capitis, wo dieses ganz bedeutungslos gewesen war oder nur eine allgemeine Wirkung auf das centrale Nervensystem im Sinne einer erworbenen Prädisposition zur Krankheit hervorgebracht hatte.

Am fatalsten für die Kritik sind diejenigen operativen Fälle, in welchen man sich in der Diagnose überdies noch geirrt hatte, insofern gar keine Epilepsie sondern Hysteria gravis vorhanden war.

Die Begeisterung für eine operative Behandlung der Epilepsie hat, angesichts vorwiegend unbefriedigender Resultate, rasch nachgelassen,

und es giebt nur noch vereinzelte Aerzte, die, wie sie z. B. noch Anhänger der von der Wissenschaft längst aufgegebenen blutigen Nervendehnung sind, auch der Trepanation bei Epilepsie ohne Weiteres das Wort reden.

Der Werth statistischer positiver Resultate auf diesem Gebiete wird dadurch bedeutend geschmälert, dass die Krankheitsgeschichten operirter Epileptiker meist einige Wochen nach der Operation abgeschlossen werden, grossentheils wohl deshalb, weil der Operirte aus dem Gesichtskreis des Operateurs entschwindet. Wenn ein Epileptiker einige Wochen oder Monate lang nach einer so eingreifenden Operation keine Anfälle mehr hat, so beweist dies aber keineswegs eine Heilung. Jeder Erfahrene weiss, dass längere Latenz der Krankheitsanfälle spontan oder durch eine neue Heilmethode oft genug beobachtet wird.

Wie wenig es gerechtfertigt ist, auf solchem Gebiet sanguinischen Hoffnungen sich zu ergeben, lehren u. A. die Erfahrungen eines so bedeutenden Chirurgen wie Allen Starr („Hirnchirurgie", deutsche Ausgabe 1895), der bei 427 Fällen „consecutiver" Epilepsie nur 28 Mal Indicationen zur Trepanation fand.

Von 13 eigenen Fällen, über die Starr ausführlich berichtet, genas keiner durch den operativen Eingriff. Von 29 weiteren, aus der Literatur von ihm zusammengestellten sollen 8 genesen sein, aber die Beobachtungsdauer betrug meist nur Monate, nur in einem Falle bis zu einem Jahr. Die Gründe (wesentlich nicht vollständige Entfernbarkeit von krankhaften Veränderungen, besonders von Narbengewebe), welche, selbst bei indicirter Operation, den Erfolg schmälern, hat Starr (op. cit.) in lichtvoller Weise auseinandergesetzt.

Immerhin wird man dem kühnen Chirurgen Recht geben, wenn er meint, dass man sich durch Misserfolge nicht entmuthigen lassen und bei vorhandener Indication die nur mit etwa 5% Mortalität zu beziffernde Operation unternehmen soll.

Die grössten Vortheile bietet wohl die operative Chirurgie in prophylactischer Hinsicht, insofern sie bei frischen Schädelverletzungen operativ eingreift und Reize entfernt, die später zum Entstehen von Epilepsie Veranlassung geben könnten.

Die wichtigste Frage für ein operatives Einschreiten, da wo einem Trauma capitis Epilepsie gefolgt ist, ist die nach den Indicationen.

Dass die aufgetretene Epilepsie mit einem vorangegangenen Trauma capitis überhaupt zusammenhängt, ist nicht immer so leicht sicherzustellen.

Aus der Thatsache, dass von 8985 im deutsch-französischen Kriege am Kopf verwundeten deutschen Kriegern nur 46 epileptisch geworden

sind, lässt sich folgern, dass vielfach noch anderweitige Umstände im Spiel sein mögen, die die Krankheit herbeiführen helfen und dass überhaupt der Einfluss des Trauma gegenüber anderweitigen Schädlichkeiten ein geringer ist.

In vielen Fällen, wo ein Trauma capitis wirksam gewesen sein mag, geschieht dies sicher auf Grund von erblicher Belastung, Schädigung des Schädelwachsthums oder Alkoholausschweifung. Ganz besonders kommt die letztere in Betracht, wie dies 2 von Jolly (Charitéannalen 20. Jahrgang) klinisch ätiologisch eingehend beleuchtete Fälle in schönster Weise illustriren.

Meist wird das Trauma capitis nicht durch die Verletzung (die gar nicht vorhanden zu sein braucht), sondern durch die mit dem Trauma gesetzte Commotio cerebri epileptogen werden. So begreift es sich auch, dass eine allerdings vorhandene Knochennarbe für die Pathogenese des Falles bedeutungslos sein kann.

Ich schliesse hier vorweg die immerhin seltenen Fälle von traumatischer Reflexepilepsie im Sinne Köppen's aus, bei welchen die von der Narbe ausgehende Aura, die durch Reizung der Narbe eventuelle experimentelle Hervorrufung eines Anfalls u.s.w. bald über die Bedeutung des Falles aufklären.

Es bedürfte übrigens einer eingehenden Studie dieser Fälle von traumatischer Reflexepilepsie im Lichte neuerer Kenntnisse über Hysteria gravis. Wenigstens handelte es sich in einzelnen Fällen meiner Erfahrung hier um traumatisch geschaffene hysterogene Zonen und nicht um (Reflex-)Epilepsie. Eine genaue Anamnese und minutiöse Erforschung der Pathogenese sind jedenfalls in allen Fällen von traumatischer Epilepsie Vorbedingungen für die Gewinnung von Indicationen.

Wie von Chirurgen und Neuropathologen wohl allgemein anerkannt wird, sind die Fälle von sog. Jacksonepilepsie diejenigen, bei welchen am ehesten an einen operativen Eingriff gedacht werden darf. Hier ist wenigstens das Gebiet gestörter Function sicher feststellbar und ebenso der Angriffsort für eine eventuelle Operation. Schwierigkeiten für die Indicationsstellung ergeben sich hier nur insofern, als der Sitz der Läsion auch subcortical sein kann und dass, in allerdings seltenen Fällen, kein organisches Substrat besteht, sondern eine functionelle Störung, indem Hysterie Jacksonepilepsie vortäuschen kann (gesammte Literatur bei Gilles, traité de l'hystérie II p. 162). Mit dieser Thatsache ist immerhin zu rechnen. Auf hysterische Stigmata ist kein Verlass. Ich habe einen monosymptomatischen Fall von hysterischem motorischen Jackson beobachtet. Ausgesprochene Ausfallserscheinungen

im betr. Rindengebiet, haben diagnostisch jedenfalls viel grösseren Werth zu Gunsten einer organischen Begründung des Falles, als Reizerscheinungen.

Im Anschluss veröffentliche ich Fälle aus meiner Klinik, bei welchen nach meiner Ueberzeugung die Vornahme einer Operation ganz ungerechtfertigt war.

Diese Fälle sollen nicht anklagen, sondern einfach warnen, die Diagnose und Operation nicht zu leicht zu nehmen.

Beob. 1. Franz B., geb. 1871, Kellner, aufgenommen auf der psychiatrischen Klinik im Wiener allgemeinen Krankenhause am 21. 12. 1892 wegen eines in einem offenbar epileptischen psychischen Ausnahmszustand versuchten Selbstmordversuches, stammt von einem neuropathischen, jähzornigen Vater. Sein Bruder starb in früher Jugend an „Gehirnentzündung".

Pat., der als Kind nie an Convulsionen gelitten haben soll, hatte Rachitis gehabt und soll von jeher nervös und aufgeregt gewesen sein. Seit seinem 8. Jahre hatte er an häufigen Vertigo- und Syncopeanfällen von entschieden epileptischem Gepräge gelitten. In beiderlei Anfällen fand sich Pallor. Aura fehlte. Die ersteren dauerten Secunden, die letzteren bis zu 5 Minuten. Motorische Reizerscheinungen wurden dabei niemals beobachtet.

Im März 1883 stürzte Pat. beim Turnen (wahrscheinlich in einem Schwindelanfall) von einer Leiter, erlitt eine leichte Rissquetschwunde am l. Scheitelbein und war 5 Minuten bewusstlos.

Drei Stunden später, auf einem Spaziergang, erlitt er den ersten klassischen epileptischen Insult. Von nun an kehrten solche sehr häufig, sowohl im Schlaf als im Wachen wieder, nicht selten gefolgt von leichten Verwirrtheitszuständen. Eine Aura bestand nicht für diese Anfälle. Dieselben traten nach Jahresfrist zurück. An ihre Stelle traten nun wieder die früheren Vertigo- und Syncopeinsulte. Auch litt nun Pat. an freistehenden Dämmerzuständen, in welchen er zur Hand befindliche Gegenstände sich aneignete, an anderem Orte wieder fortwarf, ohne das Geringste von diesen Vorgängen zu wissen. Er verlor deshalb seine Stellung als Setzerlehrling, wurde darüber verstimmt, äusserte Taedium vitae, befand sich deshalb 1886 im Frühjahr in der Beobachtungsstation des Wiener allgem. Krankenhauses und wurde wegen Fortdauer epileptischer Ausnahmszustände nach der heimathlichen Irrenanstalt geschickt, in welcher er etwa ein halbes Jahr verweilte. Gebessert entlassen, wurde er Kellner, bekam seine Anfälle, angeblich wegen des aufreibenden Berufes, in 3—4 monatlichen

Intervallen wieder. Nach einer Rauferei, wobei Pat. ein Glas an das l. Os parietale geworfen worden war, jedoch ohne Verletzung, sehr bedeutend vermehrte Anfälle. Als ihm ein Arzt erklärte, er sei unheilbar, machte Pat. einen Suicidversuch mittelst Adernaufschneiden. Er wurde ins Krankenhaus aufgenommen, hatte daselbst 2—3 Mal täglich Anfälle genuiner Epilepsie. Gebessert entlassen am 19. 12. 1890. Pat. hatte nun durch längere Zeit wieder nur Vertigo- und keine klassische Anfälle. Ende August 1891 machte er die Bekanntschaft eines wandernden Hypnotiseurs, der ihn als Medium zurichten wollte. Es kam nun zu einem mittelst Braid'scher Methode unternommenen Hypnoseversuch, der angeblich tiefes Engourdissement erzielte. Noch an demselben Abend entstand der erste Hysteriagravisanfall (epileptoide Phase, grands mouvements) von mehrstündiger Dauer. Dieser wiederholte sich nun täglich, während die vertiginösen und klassischen epileptischen Anfälle schwanden. Aus Nothlage und Kummer über seine Krankheit machte Pat. im October 1891 einen Suicidversuch durch Erhängen, kam deshalb in ein Spital, wo man die Hysteria gravis-Anfälle, obwohl Pat. die schönsten coordinirten Krämpfe hatte (Arc de cercle, „Verkrümmungen wie ein Fragezeichen") für Epilepsie hielt und zwar für Jackson, im Zusammenhang mit jener leichten Verletzung vom März 1883.

Am 27. 11. 1891 wurde am l. Scheitelbein trepanirt, aber die daselbst erwartete Veränderung an der Vitrea und Dura nicht vorgefunden. Nach diesem operativen Eingriff waren die Hysteria gravis-Anfälle eine zeitlang geschwunden. Etwa 6 Wochen nach der Operation kam es eines Abends zu rotirenden Krampfbewegungen im rechten Schultergelenk und darauf zu einer gekreuzten hysterischen Streckcontractur. Daran reihten sich durch 3 Tage und 3 Nächte in halbstündigen Intervallen wiederkehrende, jeweils 5—6 Minuten andauernde Klonismen, bei intactem Bewusstsein.

Man hielt diese neuerlich für Jackson, nahm an, dass die Wundränder einen Druck auf das Gehirn ausübten, öffnete und nähte die Wunde nochmals, worauf thatsächlich jene Anfälle nicht wiederkehrten. Am 5. 3. 1892 wurde Pat. frei von solchen aus dem Spital entlassen und befand sich wohl bis zum 10. 9. 1892, an welchem Tage er an der trepanirten, durch keine Platte geschützten Stelle, an einen Gaskandelaber anstiess. Durch dieses Trauma scheint die in der Folge andauernd hyperästhetische Stelle spasmogen geworden zu sein.

Es kam zunächst zu einer Beugecontractur in der r. OE., die angeblich durch Faradisation des r. Schultergelenks beseitigt wurde.

Ende October 1892 stürzte Pat. von einer Leiter und fiel mit

dem Hinterhaupt auf eine Sessellehne. Sofort stellte sich ein Anfall ein, in welchem die in Streckcontractur befindliche r. OE. nach rückwärts gezogen wurde, während Klonismen im l. Fuss bestanden.

Solche Anfälle wiederholten sich in stundenlanger Dauer häufig; ab und zu entwickelten sie sich weiter zu Hysteria gravis (epileptoide Phase, allgemeine Starre) und gingen dann mit Bewusstseinsverlust einher.

Wegen eines neuerlichen Suicidversuchs war Pat. am 21. 12. 1892 (s. o.) auf die psychiatrische Klinik aufgenommen worden.

Stat. praesens: Pat. mittelgross, gracil, von gutem Ernährungszustand. Schädel leicht rachitisch, an den Tubera abnorm prominent. Cf. 54,5. Auf der Höhe des l. Scheitelbeines ein ovaler, sagittal gestellter, muldenförmig vertiefter, von einem Knochenwall umgebener, 6 cm langer, 3 cm breiter Knochendefect, von normaler Kopfhaut gedeckt. Schon leises Berühren dieser Stelle ruft lebhaften Schmerz hervor. Hirnpulsation ist daselbst deutlich zu fühlen. Bei Hustenstössen wird diese Parthie vorgewölbt.

Anästhesie der Conjunctiva und Cornea r. und l. Anästhesie auf l. Kopf- und Gesichtshälfte incl. l. Mundhöhle. Clavus. Amyosthenie, Hypästhesie und Hypalgesie in r. OE., Verlust der cutanen und tiefen Sensibilität im 1. und 2. Finger. Anästhesie des l. Fusses bis über die Malleolen herauf, hier ringförmig abschneidend. Amyosthenie, Hypästhesie und Hypalgesie in der übrigen l. UE., bedeutende Herabsetzung der tiefen Sensibilität daselbst. Schmerzhafte Druckpunkte an Wirbelsäule und unter der l. Mamma. Patellarreflex gesteigert, l. mehr als r. Anfälle von Contractur in der dann nach rückwärts gezogenen r. OE., zugleich mit Klonismus der l. UE. Episodisch arten solche Anfälle zu grands mouvements (Arc de cercle, halbseitige Verdrehungen und Wälzen um die Längsaxe) mit Trübung des Bewusstseins aus. Im Anfall hört die jeweils intervallär sehr deutlich an der Trepanationsstelle zu fühlende Hirnpulsation auf. Die höchst hyperästhetische Operationsstelle scheint spasmogen. Besserung bei entsprechender Behandlung.

Nach der Entlassung (9. 3. 1893) in Nothlage wieder tägliche und schwere Hysteria gravis-Insulte.

Am 24. 4. 1893 neuerliche Operation auf dem l. Scheitelbein behufs Einheilung einer Celluloidplatte. Einige Stunden später unter heftigen excentrischen Schmerzen in r. OE. Jacksonartige Klonismen, serienartig, jeweils 4—5 Minuten lang, einmal auch mit Uebergreifen auf das r. Facialisgebiet, bei erhaltenem Bewusstsein. Nach mehrstündiger Dauer cessiren diese Jacksonanfälle und hinterlassen eine schlaffe Lähmung in der r. OE.

Die Operation bestand in Eröffnung der Operationsstelle, Excision der Narbe, Anfrischung der alten Trepanationsstelle, Spaltung der Dura, Punction des Gehirns (kein Abfluss von Flüssigkeit), Deckung der Lücke durch einen seitlich davon gewonnenen Hautknochenlappen. Seither häufige Jacksonanfälle, an denen auch die r. UE. theilnimmt.

Am 25. 6. stösst sich Pat. an die operirte und offenbar nach wie vor spasmogene Stelle. Sofort Stat. hystericus und Delirien, Suicidversuche bis zum 3. 7., wo Pat. mit Amnesie für alles Vorgegangene zu sich kommt. Er wird am 4. 7. auf die psychiatrische Klinik verbracht.

Stat. vom 5. 7. 1893: Hochgradige Schmerzhaftigkeit der Operationsstelle. In r. OE. und UE. Amyosthenie. Sensibilität intact. Im Juli und August mehrere Anfälle von r. Jackson (OE. und UE.) und solche von Hysteria gravis.

Am 27. 8. 1893 in die Versorgungsanstalt entlassen. Bis zum August 1896 anfangs noch häufiger, dann seltener Jacksonanfälle, nie klassische epileptische. Zuweilen Hysteria gravis-Anfälle mit Delir, in welchen gelegentlich Suicidversuche stattfinden. August 1896 entschliesst sich ein Chirurg zu neuerlicher Trepanation auf dem l. Scheitelbein, trägt angeblich eine „schwammige“ Masse auf der Hirnrinde ab und deckt den Schädeldefect mit einer Celluloidplatte, worauf die Jacksoninsulte definitiv schwinden. Die Hysteria gravis-Anfälle dauern fort. Nach einem neuerlichen Erhängungsversuch kommt Pat. wieder einmal auf die psychiatrische Klinik.

Stat. 6. 11. 1896. Operationsstelle sehr empfindlich bei Berührung. In r. OE. und UE. Amyosthenie. Hypästhesie und Hypalgesie am r. 4. und 5. Finger. Sonst Sensibilität überall normal. Seltene Hysteria gravis-Anfälle, neuerlich öfter Dämmerzustände mit taed. vitae, gelegentlich Sehen von schwarzen Menschen en masse, die Pat. verfolgen. Kein Potus im Spiele. Pat. wurde in die heimatliche Irrenanstalt transferirt, in welcher er bis zum 6. 7. 1897 verblieb. Seither keine irgendwie gearteten Insulte mehr. Die Kopfnarbe ist nicht mehr schmerzhaft. Negativer Befund von Seiten des Nervensystems.

Epikrise: Idiopathische Epilepsie in Gestalt von petit mal auf Grund von hereditärer Belastung und Rachitismus cranii vom 8. Jahre ab. Fortentwickelung der epileptischen Neurose zu grand mal und psychischen Aequivalenten, nach Trauma capitis ohne Schädelverletzung.

Durch Hypnotisirungsversuche eines Laien entsteht Hysteria gravis. Zurücktreten der epileptischen Neurose. Verwechselung der hysterischen Neurose mit Epilepsie, anamnestisch und klinisch ganz un-

gerechtfertigte Annahme einer Rindenepilepsie. Auf diese irrthümliche Annahme gegründete ganz erfolglose Trepanation. Neuerliche Verwechselung der hysterischen Krampferscheinungen mit Rindenepilepsie. Neuerliche erfolglose Schädeleröffnung. Die Operationsnarbe wird Sitz einer hysterischen spasmogenen Zone. Abermalige Operation wegen vermeintlicher Jacksonepilepsie.

Auf Grund dieser irrigen Voraussetzung Spaltung der Dura und Punction des Gehirns. In Folge dieses Eingriffes wirkliche Entwickelung von Jacksonepilepsie. Durch neue Operation endlich Schwinden von Jackson. Der in Ruhe gelassene Kranke verliert allmählich auch seine Hysteria gravis. Wahrscheinlich als psychische Aequivalente aufzufassende Dämmerzustände bestehen fort und sind wohl als Residuen der ursprünglichen epileptischen Neurose aufzufassen.

Die vorstehende Krankheitsgeschichte stellt eine wahre medicinische Odyssee dar und rechtfertigt das Verlangen nach besserer Diagnose und richtiger Indicationsstellung, bevor man sich zu chirurgischen Eingriffen bei Krampfkrankheiten entschliesst. Schon die genaue anamnestische Forschung hätte in diesem Falle die Unhaltbarkeit der Annahme einer traumatischen Epilepsie erweisen müssen.

Beob. 2. Im Herbst 1892 liess sich der 25 Jahre alte Verkäufer B. in meiner Klinik aufnehmen.

Er ist hereditär belastet (Eltern und Bruder nervös, jähzornig, Mutter mit Migräne behaftet), war ein eigenartiger, schüchterner, linkischer, träumerischer Junge, kam in der Lehre nicht fort, versuchte es, 16 Jahre alt, bei der Marine, wurde 1888 wegen Intermittens, Lues, doppeltem Leistenbruch superarbitrirt, ergab sich nun dem Potus und schoss sich am 16. 8. 1891, verzweifelt über seine Lage, mit einem Revolver in die r. Schläfe. Er wurde bewusstlos aufgefunden, erbrach mehrmals, bot keine Lähmung. Das Projectil wurde nicht aufgefunden. Der Schusskanal reichte horizontal mehrere Centimeter weit in die Schädelhöhle hinein.

Am 21. 10. 1891 riss sich Pat. im Spital in einem Zornaffect den Verband ab, fuhr mit einer Kornzange in den Wundkanal und zog sich Gehirnsubstanz heraus. Er scheint sich dabei den r. tractus opticus und r. pedunculus cerebri verletzt zu haben. Die unmittelbare Folge dieses Eingriffs war ein Gefühl von Eiseskälte in der l. Körperhälfte, eine l. Hemiplegie inclus. Mundfacialis, l. Hemihypästhesie, l. Hemianopsie. Die Wunde heilte bald. Gegen seine Lähmung suchte Pat. vergebens Hülfe in verschiedenen Spitälern.

Stat. praes. vom 2. 12. 1892. Pat. gross, kräftig, gut genährt.

ohne Zeichen von Lues, ohne Störung in den Functionen der vegetativen Organe. In der r. Schläfe findet sich ein etwa kreuzergrosser, kreisrunder Defect im Knochen, verschlossen durch eine festsitzende, kaum verschiebliche, muldenförmig eingezogene, bei Druck schmerzhafte Narbe, durch welche man undeutlich Hirnpulsation fühlt. Pupillen mittelweit, gleich, hemiopische Pupillenreaction. Im Perimeterbefund l. scharf abgegrenzte Hemianopsie. Augenhintergrund normal. Alle übrigen Hirnnerven (auch Oculomotorius) intact, bis auf Parese des l. Facialis im Wangen- und Mundtheil.

In der l. OE. alle Bewegungen in physiologischem Umfang möglich, aber ganz kraftlos. Sehr rasches Ermüden. Es besteht Ataxie, im l. Biceps eine Spur von Rigor. Die l. OE. ist im Volumen um 2 cm reducirt. Die tiefen Reflexe sind hochgesteigert.

An der l. UE. sind die Einzelbewegungen erhalten, aber kraftlos. Beim Gehen, das entschieden hemiplegisch ist und Spuren von Rigor verräth, scharrt die l. Fussspitze am Boden. Trophische und vasomotorische Störungen bestehen nicht. Enorme Steigerung der tiefen Reflexe, bis zu Patellar- und Fussklonus.

Pat. klagt über ein Gefühl von Kälte in l. OE. und UE., deren Temperatur auch thatsächlich herabgesetzt ist. Pat. schwitzt jedoch auf der l. Seite (r. fast gar nicht). Auf der ganzen l. Körperhälfte besteht keine Störung der Sensibilität. Blase und Mastdarm sind intact. Der Bauchreflex fehlt links. Auf der r. Körperhälfte keine motorische oder sensible Anomalie.

Pat. verlässt nach wenig Tagen die Klinik, in der er am 8. 10. 1893 neuerlich zur Aufnahme gelangt. Seit Anfang Februar 1893 hatte R. an neurasthenischen Beschwerden (Kopfdruck, Gefühl eines eisernen Reifs um den Kopf, Verstimmung, Schlaflosigkeit u. s. w.) und eigenthümlichen, motorischen Jackson ähnlichen Anfällen zu leiden begonnen. Als Aura solcher verspürte er Ameisenkriechen in den Fingerspitzen der l. Hand, das sich über den Arm aufwärts erstreckte. Dann kam es zu Pfeifen, Rauschen in beiden Ohren, Schwindel, Umnebelung, worauf klonische Krämpfe l. einsetzten. Die Zuckungen begannen im l. Gesicht, setzten sich fort auf l. OE., UE., dauerten bis zu 10 Minuten ohne Verlust des Bewusstseins, ausser in den seltenen Fällen, wo sie, in der l. UE. angelangt, auch auf der r. Seite auftraten. Einmal kam es in einem solchen generalisirten Anfall zu Zungenbiss. Solcher Anfälle kehrten bis zu 4 täglich wieder. Einigemal hatte Pat. auch freistehende Dämmerzustände gehabt, aus welchen er an ganz fremden Orte, ohne zu wissen warum und wie er dahin gekommen, erwachte.

Am 7. 8. 1893 hatte sich Pat., in der Hoffnung auf Hülfe durch

eine Operation, in einem chirurgischen Spital aufnehmen lassen. Man entschloss sich zu einer solchen. Am 24. 8. wurde die frühere Wundstelle trepanirt, die mässig gespannte Dura eröffnet, wobei sich viel Cerebrospinalflüssigkeit entleerte. Das Gehirn zeigte an dieser Stelle deutliche Pulsation und da man die Hirnoberfläche intact fand, wurde von einem weiteren Eingriff abgestanden. Glatter Wundverlauf. König'sche Plastik mittelst Transplantation einer dünnen Knochenlamelle von der Lamina ext.

Bis zum 30. 8. Fortdauer der „epileptischen" Insulte. Nun kommen aber delirante (fieberlose) Zustände, in welchen er klagt, man schlage ihm auf den Kopf, schreit, lärmt, sich den Verband herunterreisst. Deshalb Aufnahme auf der psychiatrischen Klinik, wo er vom 14. 10. ab ruhig und lucid wird. Im Stat. praes. vom 14. 10. ist der frühere Befund der Herderkrankung insofern geändert, als l. Hand und Finger gelähmt sind, eine leichte Contractur in diesen besteht, in l. UE. Lähmung in Zehen und Fussgelenk sich vorfindet, mit Plantarcontractur des Fusses und Streckcontractur der übrigen Extremität.

Dieser dem Bild einer Herderkrankung nicht ganz entsprechende motorische Befund findet eine eigenartige Beleuchtung durch folgende Sensibilitätsstörungen: L. Hemihypästhesie für tactile und thermische Reize, Hyperästhesie für Schmerzreize, bedeutende Herabsetzung des Gefühls für passive Bewegung und der Lagevorstellung in l. OE. und UE.

In r. OE. und UE. nichts Abnormes, ausser Steigerung des Patellarreflexes und leichtem Fussclonus. Die früheren Jacksonanfälle kehren alle 2—3 Tage wieder.

Zustand ungebessert beim Austritt des Pat. im März 1894.

Am 18. 5. 1895 lässt sich Pat. neuerlich auf der Klinik aufnehmen. Er berichtet, dass seine Anfälle sich nach der Entlassung verloren hatten, dass er 8 Monate lang ganz frei von solchen war, erst neuerlich wieder von solchen heimgesucht wurde. Sie sind seltener aber heftiger geworden, insofern sie nun meist auf die rechte Seite übergreifen und mit Bewusstseinsverlust einhergehen. Ihr Charakter hat sich nicht geändert.

Während die l. homonyme Hemianopsie unverändert fortbesteht, ist jetzt keine hemiopische Pupillenreaction mehr zu constatiren. Augenspiegelbefund nach wie vor negativ.

Pat. ist psychisch geändert, insofern er auffallend reizbar geworden und häufig verstimmt ist. Die Intelligenz hat nicht gelitten.

An der l. OE. sind sämmtliche Muskeln des Schultergürtels und des Ellbogengelenkes paretisch und im Volumen reducirt. Im Hand-

gelenk besteht Parese der Strecker, Lähmung der Beuger, an den Fingermuskeln Parese und Rigor. Ataxie, gesteigert durch Augenschluss, Intentionstremor der l. Hand. Hochgradige Steigerung der tiefen Reflexe, Handclonus.

An der l. UE. findet sich spastische Parese in dem Hüft- und Kniegelenk, Lähmung im Fussgelenk. Von den Zehen besitzt nur der Hallux eine (beschränkte) Beweglichkeit. Gang spastisch paretisch atactisch. Patellar- und Fussclonus.

Im l. Facialismundgebiet Parese. R. und L. Anosmie. Ageusie der l. Zungenspitze. Die tactile Sensibilität im Gesicht ist r. und l. normal, die Schmerzempfindlichkeit r. im 1., l. in allen Aesten gesteigert, die thermische im gleichen Gebiet sehr herabgesetzt.

Auf l. OE. und l. Thorax besteht tactile Anästhesie, thermische Hyp- und algetische Hyperästhesie. Die tiefe Sensibilität ist in allen Gelenken sehr gestört. Für die l. Hand fehlt das Bewusstsein der Lage und Stellung.

An l. UE. besteht tactile Hypästhesie, Hyperalgesie, die aber nach Anfällen vorübergehend einer Hypalgesie weicht, Thermanästhesie (thermische Reize werden nur als Schmerz empfunden). Die tiefe Sensibilität ist nur im Hüftgelenk erhalten.

Weitere hysterische Stigmata sind nicht vorhanden. Auf der r. Körperhälfte sind Motilität und Sensibilität intact. Pat. wurde einer Siechenanstalt zugewiesen.

Beob. 3. L. R., Commis, 21 J., aufg. 10. 2. 1891 angeblich unbelastet, früher gesund, schoss sich in Verzweiflung, als er Eltern und Geschwister vor 4 Jahren dem Tod des Verbrennens ausgesetzt sah (Mutter verbrannte thatsächlich) eine Revolverkugel in die r. Schädelhälfte. Sofort, ohne Bewusstseinsverlust, Hemiplegie sin. inclus. Facialis, exclus. Zunge. Nach 24 Stunden Anfälle von Klonismus der l. Gesichtshälfte, 15 Minuten dauernd, anfangs bis zu 4mal täglich, allmälig seltener werdend. Nach 2 Monaten Trepanation an der Stelle der Verletzung. Entfernung von 2 Knochensplittern. Schwinden der Facialiskrämpfe. Ein Jahr nach der Schussverletzung fällt Pat. eine 4 Kilo schwere Schachtel auf den Kopf. Einige Minuten darnach Wiederkehr der l. Gesichtskrämpfe, die sich auf l. Arm und l. Bein fortsetzen und das Bild eines Jacksonanfalles repräsentiren. Häufige Wiederkehr dieser Anfälle. Nie Bewusstseinsverlust, nie Uebergreifen auf die r. Körperhälfte.

Pat. capricirte sich darauf, durch operative Eingriffe Heilung zu finden. Er liess sich 7mal in Pest, 2mal in Wien, trepaniren, theils

Knochenstücke reseciren. Man fand nie eine Verletzung der Hirnoberfläche vor und beschränkte sich darauf, diesen negativen Befund zu constatiren. Die letzte Operation hatte am 13. 9. 1893 stattgefunden. Seither waren die Jacksonanfälle seltener aber schwerer geworden, bezw. auch auf die r. Seite übergegangen und mit Bewusstseinsverlust verbunden. Während ihnen früher nie eine Aura vorausgegangen war, leitete sie nunmehr Herzklopfen, Klopfen im Kopf, Beängstigung, Schwindelgefühl ein.

Pat. war wegen eines pathologischen Affects auf die psychiatrische Klinik transferirt worden. Während seines mehrtägigen Aufenthaltes daselbst wurde nachstehender Befund gewonnen:

Pat. mittelgross, ohne Degenerationszeichen, ohne Befund seitens der vegetativen Organe. Auf dem rechten Stirnbein eine 5 cm lange, 2 cm breite Narbe, darunter bewegliche Knochenstücke, von einer nicht gelungenen König'schen Transplantation herrührend. Auf dem r. Scheitelbein eine ovale 6 cm lange, 4 cm breite Narbe, darunter ein durch Celluloidplatte gutgedeckter Knochendefect. Bei der Exspiration wölbt sich diese Stelle vor.

Bis auf leichte Parese des l. Mundfacialis alle Hirnnerven normal. R. Körperhälfte ohne pathologischen Befund.

L. OE. Alle Bewegungen activ möglich, aber grobe Muskelkraft, besonders in Hand- und Fingermuskeln minimal (Dynamom. R. 27 L. 5). Bei passiver Bewegung leichter Rigor in den Ellbogen-, Hand- und Fingermuskeln. Tiefe Reflexe sehr gesteigert. Sensibilität intact.

L. UE. Parese in Hüft- und Kniegelenkmuskeln. Lähmung in Fuss- und Zehengelenken. Starker Rigor im Fuss- und Kniegelenk. Hemiplegisch spastischer Gang. Tiefe Reflexe sehr gesteigert (Fussklonus). Sensibilität intact.

Beob. 4. St., Bahnarbeiter, aufg. 26. 1. 1896, stammt von sehr jähzornigen Eltern. Mutters Schwester endete durch Selbstmord. Pat. litt als Kind schwer an Convulsionen, lernte spät gehen und sprechen, hatte irrelevante Kinderkrankheiten, diente anstandslos 1890 in der Armee, war kein Trinker, erkrankte (1892) mit 23 Jahren, ohne auffindbare Ursache, an genuiner Epilepsie, wurde reizbar, vergesslich, hatte sehr heftige Anfälle, verlor deshalb seinen Dienst, wandte sich an verschiedene Aerzte, wurde erfolglos behandelt, zuletzt am 10. 11. 1894 am r. Scheitelbein trepanirt, obwohl weder eine Verletzung am Kopf noch Auraerscheinungen, die er nie gehabt hatte, einen solchen operativen Eingriff indicirt erscheinen liessen. Der Befund am Cranium war ein negativer. Die Anfälle der Krankheit wurden dadurch in keiner Weise

beeinflusst. Wegen einer falschen Selbstbeschuldigung, im epileptischen Dämmerzustand gemacht, war Pat. auf die psychiatrische Klinik gekommen. Pat. mittelgross. Cranium rachit., von 54 cm Horizontalumfang.

Am r. Scheitelbein ein kreisrunder, 4 cm im Durchmesser betragender Knochendefect. Pulsation des Gehirns daselbst deutlich sicht- und tastbar. Keine Zeichen einer Herderkrankung.

Beob. 5. H., 17 J., Lehrling, aufg. 10. 5. 1894, von rückenmarkskranken Vater, aus im Uebrigen gesunder Familie, nie schwerkrank gewesen, mit submicrocephalem Schädel (Horizontalumfang 52.5 cm), bekam, 14 Jahre alt, einige Stunden nach einem heftigen Schreck einen klassischen Anfall von Epilepsie, der sich seither fast jede Nacht wiederholte. Obwohl Pat. nie ein Trauma capitis erlitten hatte, auch keine vom Schädel ausgehende Aura bot, wurde er am 27. 4. 1892 am r. Seitenwandbein trepanirt. Negativer Befund an der Operationsstelle. Seither Anfälle der Epilepsie schwerer und häufiger (bis zu mehreren in einer Nacht). Zunehmende Reizbarkeit, Rückgang der ethischen und intellectuellen Leistungen. Wiederholte Diebstähle, zuletzt Verurtheilung zu 8 Monaten Kerker. Diebstähle wahrscheinlich in psychischen Dämmerzuständen begangen. Pat. wurde schon bald nach Antritt der Strafhaft wegen epileptischer Degeneration entlassen. Während des kurzen Aufenthalts auf der Klinik Anfälle klassischer Epilepsie.



VII.

UEBER ECMNESIE



Ueber Ecmnesie.

In einer 1887 zu Bordeaux erschienenen Brochure[1]) beschrieb Dr. H. Blanc-Fontenille einen eigenthümlichen transitorischen psychischen Ausnahmezustand, den er bei einer Hysterischen auf Pitres Klinik zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte, als „Délire avec ecmnésie".

Es handelte sich um seelische Zustände, in welchen die Pat. in frühere Lebensabschnitte zurückversetzt schien, frühere Episoden nochmals mit augenscheinlicher Treue durchlebte.

Während ihr für diese hell beleuchtete Episode Gedächtniss- und Associationskraft nichts zu wünschen übrig liessen, auch alle Erinnerungen und alle Fertigkeiten bis zu dem betr. Moment, welchen Pat. gerade durchlebte, lückenlos zu Gebote standen, war sie ex memoria, d. h. im Zustand der Amnesie für alle Erlebnisse, Kenntnisse, Fertigkeiten, die nach jener Episode, die gerade neuerlich durchlebt wurde, erfahren, bezw. erworben worden waren.

Dieser Lebensabschnitt bis zur Gegenwart war temporär ganz verdunkelt — ecmnestisch.

Solche Anfälle kamen ursprünglich im Anschluss an Attaquen von Hysteria gravis, in Gestalt von Schlaf- oder convulsiven Anfällen. Später constatirte man ihre Hervorrufbarkeit durch Hypnose oder vermittelst Reizung bestimmter Stellen (Zones „idéoecmnésiques") der Körperoberfläche.

Der Fall des Verf. ist kurz folgender:

---

1) Dr. H. Blanc-Fontenille, Étude sur une forme particulière de délire hystérique (Délire avec Ecmnésie). Bordeaux. Bellier et Cie. 1887. pp. 50.

Beob. 1. A. M., 32 J., unehelich, Eltern unbekannt, erlitt als Kind von 7 Monaten tiefe Brandwunden an Hals und Gesicht, hatte unerhebliche Kinderkrankheiten, genoss gute Erziehung, trat mit 12 Jahren in einen Dienst ein, wurde kränklich, nervös, brachte mehrere Jahre in Spitälern zu, erholte sich, menstruirte zuerst mit 16 Jahren, wurde im neuerlichen Dienst Maîtresse ihres Dienstherrn, heirathete 1879 einen Diener desselben. Im Februar 1881, mit 25 Jahren, nach heftiger Gemüthsbewegung in Folge von Streit mit dem Geliebten, Ausbruch von Hysteria gravis convulsiva. Wegen abdominaler Schmerzen und Fortdauer der Anfälle Aufenthalt in der Klinik von Pitres vom Dec. 1881 bis Mai 1882. Die convulsiven Anfälle wurden selten, dagegen kamen häufig Schlafanfälle. Pat. lebte von nun an auf dem Lande und kam nur mehr gelegentlich Exacerbationen ihrer Krankheit auf die Klinik.

Oft wurde nun bemerkt, dass in dem Delir, das den Hysteria gravis-Anfall beschloss und das den ätiologisch wichtigen Streit mit dem Geliebten vom Februar 1881 zum Inhalt hatte, Pat. für alle Erlebnisse seit diesem Zeitpunkt absolut keine Erinnerung hatte, von Krankheit, Aerzten, Spital u. s. w. nichts wusste und ganz im Februar 1881 lebte.

Sobald man den deliranten Zustand durch Compression des l. Ovariums beseitigte, war die Kranke wieder richtig orientirt und die Continuität ihrer Erinnerung hergestellt. Auch nach Schlafanfällen wurden ganz analoge Zustände von délire ecmnésique, aber mit wandelbarem Inhalt und verschiedene Lebensepisoden repräsentirend, beobachtet. Eines Tages brachte sie ihr Mann, während sie sich als Kind von 6 Jahren wähnte und benahm. Compression des l. Ovariums beseitigte jeweils den Zustand. Sich selbst überlassen, konnte die Lösung bis zu Tagen ausstehen.

1886 versuchte man solches Délire ecmnésique künstlich hervorzurufen. Pat. hatte mit 7 Jahren wegen Croup eine Tracheotomie ausgestanden. Man veranlasste sie, ihre Erinnerungen von dieser Episode zu erzählen. Während sie dies that, versetzte man sie in Hypnose. Mit dem Eintritt dieser benahm sich Pat. wie ein Kind von 7 Jahren, markirte das Bild einer schwer Croupkranken, athmete erleichtert nach der Operation, redete wie ein tracheotomirtes Individuum und machte Allen den Eindruck, dass sie jene Lebensepisode nochmals durchmache. Aller Erlebnisse, die in ihre spätere Existenz fielen, war sie sich in diesem Zustand nicht bewusst, aber auch eine l. Hemianästhesie, die sie sonst hatte, war temporär geschwunden.

In der gleichen Weise, nämlich durch Hinlenkung der Aufmerksamkeit der Pat. auf eine bestimmte Lebensepisode im Moment der Einschläferung, konnte man entsprechende frühere Situationen bei ihr hervorrufen, die allen Beobachtern den Eindruck der Versenkung der Persönlichkeit in solche und des Aufgehens in der Reproduction solcher Situationen machten. In diesem Zustand fehlte jeweils jegliches Bewusstsein, bezw. Erinnerung von zeitlich späteren Erlebnissen. Bezügliche Erwähnungen waren Pat. ganz unverständlich. Verf. wird nicht müde, die Treue der Reproduction der verschiedenen Lebensabschnitte, die die grösste schauspielerische Leistung übertreffende Natürlichkeit der Darstellung zu betonen, die innere Uebereinstimmung und den Mangel jeglichen Widerspruchs in den Situationen, gegenüber den verfänglichsten Kreuz- und Querfragen Seitens der Aerzte in der Feststellung der Ekmnesie. Dies erstreckte sich soweit, dass Pat.

hemianästhetisch nur in Episoden ihres Lebens war, wo dieses Symptom schon bestanden hatte, sonst nicht. Aber auch gewisse spasmo- und hypnogene, sonst nie versagende Zonen versagten vollständig, wenn sie in vermeintlichen Lebensabschnitten gereizt wurden, in welchen sie bezw. die Krankheit noch nicht entwickelt waren.

Ebenso, wie quasi durch Autosuggestion in beginnender Hypnose, vermochte man Pat. auch durch Suggestion in Hypnose in Délire ecmnésique zu versetzen, das nach Beendigung der Hypnose als eine Art posthypnotischer Zustand dann sofort eintrat.

Mit Hypnose hatte dieses Délire aber nur insofern Beziehungen, als jene ein Mittel zum Zweck der künstlichen Hervorrufung desselben sein konnte. Das suggerirte Delir in bei Pat. hervorgerufener Hypnose war offenbar nur objectivation de type, das Délire ecmnésique dagegen wirkliche Reproduction früherer Lebensepisoden.

So erklärt sich auch, dass dieses der Suggestion unzugänglich war, auch der posthypnotischen, ferner dass es in neuerlicher Hypnose nicht erinnerbar war. War diese Ecmnesie via Hypnose provocirt worden, so konnte man durch Druck auf hypnogene Zone oder Anblasen der Augen den hypnotischen Zustand jederzeit beheben, während der ecmnesisch delirante fortbestand.

Später überzeugte man sich, dass bei Pat. auch durch Druck auf bestimmte Punkte ihrer Körperoberfläche („zones idéogènes" — Pitres) ecmnesische Zustände hervorgerufen werden konnten. Diese Entdeckung wurde zufällig gemacht, als Pat. über Schmerzen an solchen (ideoecmnesischen) Stellen klagte. Es fanden sich deren drei.

Die 1. entsprach der r. und l. Submaxillardrüsengegend. Reizung der Stelle rief jedesmal die Reproduction einer Episode hervor, in welcher Pat., in Wuth über eine Nachbarin, die ihr ein Huhn getödtet hatte, diese geprügelt hatte. Die 2. Stelle war beiderseits das innere Ende der Clavicula. Druck daselbst rief jeweils eine Situation hervor, in welcher Pat. über die Aussicht, aus dem Hause des M. fort zu müssen, untröstlich war. Eine 3. Zone war der Mons Veneris. Compression daselbst rief jeweils Scenen sexuellen Verkehrs mit dem früheren Geliebten M. hervor.

Während man den durch Reizung der 1. Zone bewirkten Zustand durch Compression des l. Ovariums, Reizung einer hypnogenen Zone mit daraus entstehender Hypnose, Anblasen der betr. ideogenen Zone, Reizung einer anderen ideogenen Zone, mit dem Effect der Weckung der bezüglichen Situation, beliebig aufheben konnte, konnte der Erfolg der Reizung der 2. und 3. ideogenen Zone nur durch Compression des l. Ovariums oder durch Anblasen der Augen beseitigt werden.

Die Erklärung dafür fand sich darin, dass die Reizung der 2. und 3. Zone Episoden einer Lebenszeit weckte, in welcher jene hypno- und ideogenen Zonen noch nicht vorhanden gewesen waren.

So war Pat. auch in durch 2 und 3 provocirten Situationen nicht mit l. Hemianästhesie behaftet, weil sie zeitlich vor der Entwicklung der Hemianästhesie lagen, während in der durch Zone 1 provocirten Situation, die zeitlich mit der schon bestehenden Hemianästhesie zusammenfiel, diese vorhanden war.

Verf. findet darin einen wichtigen Beweis für die Echtheit des Délire ecmnésique und für die tiefe Beeinflussung der ganzen Persönlichkeit in solchem Zustand.

Ich reihe an diese Beobachtung Blanc-Fontenille's einen typischen Fall von Ekmnesie, den ich in meiner Klinik zu studiren Gelegenheit hatte.

Beob. 2. L. P., 17 J., Dienstmädchen, aufgenommen 29. 9. 1895, stammt aus einer Jongleurfamilie. Der Vater war Potator, eine Schwester desselben war neuropathisch; der Pat. Mutter soll an Meningitis gestorben sein. 3 Geschwister der Pat. haben als Kinder an Convulsionen gelitten, 2 derselben sind schwachsinnig.

Pat. theilte als Kind das unruhige unstete Leben ihrer Eltern, kam nach dem in ihrem 12. Jahre erfolgten Verlust der Eltern nach Wien zur Grossmutter, bei der sie seit 5 Jahren gelebt hatte. Die P. war rachitisch gewesen, hatte erst mit 3 Jahren gehen gelernt, mit 11 Jahren Variola überstanden, mit 12 Jahren eine ausgedehnte und schwere Verbrennung mit Petroleum an der r. OE. und UE. erlitten, von der Narbenkeloide datiren.

Pat. hatte früher keine nervöse Symptome geboten. Einige Tage nach diesem Unfall trat der erste Hysteria gravis-Insult (Lethargus, mit einzelnen Convulsionen) ein. Solcher Insulte folgten noch mehrere, namentlich nach dem 8 Tage später erfolgten Tode der Mutter, verloren sich aber dann gänzlich. Seit 3 Monaten war Pat. durch Erkrankung der geliebten Grossmutter lebhaften Gemüthsbewegungen ausgesetzt gewesen.

Am 13. 9. 1895 äusserte sich die hysterische Neurose neuerlich bei ihr mit einem Lethargusanfall, der von einem klonischen Kiefermuskelkrampf eingeleitet gewesen war.

Am 14. Abends neuer Lethargusanfall von 30 Minuten, an den sich eine 1½stündige delirante Phase anschloss.

Das Delirium habe sich um Reisen in Russland während der Kindheit, ferner um Visionen von fremden Menschen, Löwen, phantastischen wilden Thieren gedreht, jedoch habe auch Rapport mit der Aussenwelt bestanden. Amnesie für diese Anfälle, die sich nunmehr fast alltäglich in Gestalt von Lethargus oder von Delir oder beider combinirt wiederholten.

Stat. praes. vom 30. 9. 1895. Pat. untermittelgross, gracil, blass, noch nicht menstruirt, vegetativ ohne Befund. Beiderseits concentrische Sehfeldeinschränkung. Schmerzhafte Druckpunkte da und dort am Schädel, Wirbelsäule, l. ober der Mamma. Keine Ovarie. Sensi-

bilität allenthalben normal. Keine Störungen seitens der Psyche, intelligente Person, aber geringe Schulkenntnisse.

Nachdem am 5. 10. Abends ein Anfall in Gestalt von tonischen und deliranten Erscheinungen beobachtet worden war, entschloss man sich zu hypnotisch suggestiver Behandlung.

Am 6. 10. gelang tiefes Engourdissement nach Bernheim's Methode. Pat. bekam die Suggestion 1 Stunde zu schlafen. Sie erwacht genau nach 1 Stunde, ist aber nicht im normalen Zustand (= I), auch nicht mehr im hypnotischen (= II), sondern in einem eigenthümlichen (posthypnotischen?) psychischen Ausnahmszustand (= III), in welchem sie in ihr 10. Lebensjahr zurückversetzt ist, im Uebrigen aber lucid erscheint und ganz frei in ihren Associationen.

Sie glaubt sich in Russland, in einer Villa, fragt nach ihrer Mutter, weiss nichts von der Provenienz eines Ringes, den sie am Finger hat (mit 13 Jahren von der Grossmutter geschenkt), betrachtet erstaunt ihre Brandnarben, als man sie auf dieselben aufmerksam macht. Sie weiss offenbar gar nichts von allen Erlebnissen seit dem 10. Jahre, erkennt nicht die Umgebung, nimmt von ihr keine Notiz, auch nicht von der mit ihrer wahnhaften Situation contrastirenden wirklichen. Dagegen sind ihre Erinnerungen, Apperceptionen und Associationen innerhalb jener ganz ungehemmt.

Eine Schriftprobe fällt schlecht aus und contrastirt, mit ihren schiefen und ungeschickten Zügen, auffallend mit den graphischen Leistungen der Gegenwart und des normalen Bewusstseins. Dieser Ausnahmszustand dauerte 1 Stunde, ging dann in $1\frac{1}{2}$ stündigen Schlaf über, aus welchem Pat. mit Kopfweh und Schwindel in I erwachte. Sie hatte in I Amnesie für II und III.

Am 8. 10. wird II mit dem gleichen Erfolg wiederholt, d. h. Pat. kommt in III, ist wieder durch 1 Stunde ein 10jähriges Kind und geht dann durch 1 Stunde Schlaf in I über.

Abends 8 Uhr Lethargusanfall, der nach 10 Minuten in III überführt.

Am 10. 10. II + III = 6. und 8. 10.

Am 11. 10. Hervorrufung von II, mit der Suggestion, 1 Stunde zu schlafen und nach dem Erwachen ihre Erlebnisse der letzten 8 Jahre aufzuschreiben. Nach 1 Stunde erwacht, ist Pat. in III, wieder 10 Jahre alt, bittet den Baron Jean (Arzt) um Papier. Sie habe einen Befehl gehört, aufzuschreiben, wo sie die 8 letzten Jahre gewesen sei. Pat. schreibt: „ich habe nämlich eine Stimme vernommen, weit weg und unbekannt, aber sie klang so lieb, dass ich beantworte, was sie mich fragte. Wir sind jetzt nämlich in Russland. Ich bin jetzt 10 Jahre alt.

Vor 3 Jahren war ich zuerst mit Papa in Krakau. Wir waren 4 Wochen auf Gastrolle, dann sind wir zur Mama nach Wien zurück" u.s.w.

Nach einer Stunde geräth Pat. in I, weiss von allem Vorgefallenen nichts und meint, beständig geschlafen zu haben.

Am 12. 10. Abends Lethargusanfall, der nach 10 Minuten in III überführt. Pat. ist 10 Jahre alt, hält die Gasflamme für den Mond, glaubt sich in Wilna u.s.w. Nach $1\frac{1}{2}$ Stunden wieder in I.

Am 14. 10 tritt ein freistehender hysterisch delirante Anfall auf, in welchem Pat. nur auf innere Vorgänge reagirt, z. B. gestikulirt, mit den Fingern schnalzt, die Aussenwelt überhaupt nicht wahrnimmt, auch nicht auf Nadelstiche Reaction zeigt. Dieser delirante Anfall hat die gleiche III provocirende Wirkung wie Lethargusanfälle, insofern Pat. nach 10 Minuten wieder 10 Jahre alt ist, sich in Wilna glaubt u. s. w.

Man macht den Versuch, durch Stirnstreichen Pat. in II überzuführen. Dies gelingt. Pat. ist sofort wieder 17 Jahre alt, kennt den Arzt, erinnert sich früherer II Erlebnisse.

Durch Befehl zu erwachen wird sie in I übergeführt.

In der Folge provociren mehrfach Lethargus- oder auch delirante Anfälle III, mit jeweiliger Rückversetzung ins 10. Jahr. Von nun an wird III gewöhnlich durch provocirten II in I übergeführt (s. o.).

Von Ende October an verwerthet Pat. in deliranten Phasen des Hysterieanfalls die Eindrücke, welche sie von einer Nachbarin, welche an Chorea leidet und von einer anderen, welche eine hysterische Flexionscontractur im r. Knie leidet, aufgenommen hat. Diese Bilder werden ganz treu copirt. Diese Imitationen bestehen nur im Anfall.

Einige Male vervollständigt sich der hysterische Insult durch epileptoide Phase, grands mouvements, sonst aber bleibt er abortiv, auf Lethargus oder Delirphase oder beide beschränkt.

Unter entsprechender Behandlung allmäliges Schwinden der hysterischen Insulte und der III Zustände. Im December 1893 wird Pat. ohne Krankheitssymptome auf ihren Wunsch entlassen.

Von grösstem Interesse erscheinen in vorstehender Krankheitsgeschichte die als III bezeichneten psychischen Ausnahmszustände der Pat. Sie erwiesen sich typisch gleich. Pat. erschien immer, dem wahrhaften Alter entsprechend, kindisch, spielte z. B. mit einem zufällig anwesenden Kinde ganz kindlich, mit lebhaftem Geberdenspiel und ganz in der betr. Situation aufgehend. Sie spielte mit einer Kerze, indem sie mit den Fingern durch die Flamme fuhr. Sie erschien muthwillig, bald ausgelassen heiter, bald weinerlich. Sie zupfte neckisch Personen, sang Kinderlieder, von denen sie in I nur eine dunkle Erinnerung hatte. Sie frug nach Gegenständen (Violine, Reitpferd), nach

Personen (Jean, Dienstmädchen), mit denen sie als 10jähriges Kind offenbar zu thun hatte.

Die Erinnerung und Association war, in der ihr erschlossenen Lebensphase und weiter rückwärts, prompt und, wie es scheint, gesteigert. Für alles Reale bestand in diesem Zustand aufgehobene Apperception, oder es wurde illusorisch in die wahnhafte Situation einbezogen. So hielt sie den Arzt für einen Baron Iwan, eine Wärterin für ein Frl. Clara, eine Freundin ihrer Mutter u.s.w.

Veranlasste man Pat. in diesem Zustand zu schreiben, z. B. an die Grossmutter in Wien, so schrieb sie jeweils in kindlicher Weise und der Situation entsprechend, z. B. am 15. 10. 1893: „Liebe Grossmama! Wir sind jetzt in Wilna. Es geht uns sehr gut. Ich bekomme jetzt immer sehr gute Bonbons von meinem Papa. Liebe Grossmama! ich sehne mich schon sehr nach dir. Ich schliesse mein Schreiben mit vielen Grüssen an dich und Grosspapa."

Die Schriftzüge sind jedoch nicht erheblich verschieden von denen des 17jährigen Mädchens.

Eine eigenthümliche Störung des Bewusstseins im Sinne eines Dämmer- oder Traumzustands ist während III nicht zu verkennen gewesen.

Dieser Zustand entwickelte sich oft ganz unmerklich im Anschluss an Anfälle oder aus II, sodass zunächst nur ein schläfriger Ausdruck des Gesichts darauf hinwies.

Sich selbst in III überlassen, schlief Pat. jeweils nach etwa einer Stunde ein und erwachte dann in I mit completer Amnesie.

Vollständig aus dem Bewusstsein ausgeschaltet waren alle Vorgänge des Lebens seit dem 10. Jahre, so z. B. die schwere Verbrennung, der Tod der Eltern im 12. Lebensjahre.

Umgekehrt kannte sie in III österreichisches Geld nicht oder hielt es für russisches.

Sie antwortete auf russische Ansprache in deutscher Sprache, während sie in I dieselben russischen Worte, weil vergessen, nicht verstand.

Frappant war jeweils die Aenderung des Bewusstseinsinhalts durch Ueberführung aus III in II mittelst Stirnstreichen.

Dadurch sofort in II gebracht, war sie aus 1886 nach 1893 versetzt, wusste Alles aus ihrer Vergangenheit, von ihrer Verbrennung, vom Tod der Eltern u.s.w.

Dieser III Zustand entbehrte aber auch nicht auffälliger körperlicher Zeichen. Zunächst klagte sie während dessen Dauer mehr oder weniger immer über Kopfweh, Schwindel, Schläfrigkeit und schwankte etwas

beim Gehen. In III war das Sehfeld immer bedeutender concentrisch eingeengt als in I. Regelmässig bestand allgemeine Anästhesie und Analgesie, vorübergehend Diathèse de contracture.

Ausgelöst wurden solche III Zustände durch irgendwie geartete Hysteria gravis-Anfälle oder durch Hervorrufung hypnotischer Zustände (II), falls letztere sich selbst überlassen blieben. Wurde ein beliebig entstandener II Zustand in I übergeführt, so blieb III aus. Jedenfalls kam es nie zu einer spontanen Entstehung von III aus I. Die Lösung des III Zustandes erfolgte spontan via Schlaf, oder, indem Pat. mittelst II in I übergeführt wurde, welcher Eingriff offenbar Pat. grossen Vortheil brachte.

Dass II und III ganz verschiedenartige Bewusstseinszustände darstellten, ergab sich u. A. daraus, dass Pat. in III wohl von anderen III Anfällen, aber nichts von II wusste.

In II erinnerte sie sich früherer II Situationen.

In I wusste Pat. weder von II noch III, noch auch von Anfällen.

Am 4. 2. 1894 wurde Pat. neuerdings in der Klinik aufgenommen. Bis zum 21. 1. war es ihr gut gegangen. Eine unglückliche Liebe, und die schlechte Wendung der Krankheit der geliebten Grossmutter, hatten vom 21. 1. ab wieder Anfälle von Hysteria gravis (epileptoide Phase, mit folgender période de délire) provocirt. Die Anfälle dauerten auch im Spital fort, aber zu III Zuständen kam es nicht. Da starb ihre Grossmutter. Deren Tod konnte Pat. nicht lange verheimlicht werden. Ich versetzte Pat. am 19. 2. in Hypnose, theilte ihr in solcher den Tod der Grossmutter mit, verbot ihr, sich darüber zu grämen und gebot ihr, bis auf weiteres beständig zu schlafen. Diese Suggestion erfüllte sich. In dem dadurch hergestellten Schlaf bestand kein Rapport mit mir, sodass ich ihn für Schlaf in I halten musste.

Am 25. 2. erwachte Pat. Sicherheitshalber liess ich sie noch einige Tage weiter schlafen. Sie erwachte dann heiter, fühlte sich gesund.

Am 27. 3. 1894 entlassen, kam sie anlässlich durch schwere Gemüthsbewegungen provocirter neuerlicher Hysteria gravis-Insulte am 6. 6. 1894 wieder. Unter gleicher Behandlung erlangte Pat. bald ihr psychisches Gleichgewicht wieder. Am 29. 7. 1894 genesen entlassen.

Neuerliche Aufnahme, über Wunsch der Pat., wegen seit 1895 wieder aufgetretener Hysteria gravis-Insulte am 16. 12. 1897.

Ihre Umgebung versichert, dass Ecmnesieanfälle nicht mehr vorgekommen seien. Pat. bietet Anfangs fast täglich einen Anfall von epileptoider Phase, mit Andeutung von grands mouvements. Allmälig werden die Anfälle selten. Pat. motivirt das Fortbestehen ihrer Krank-

heit damit, dass sie dadurch erwerbsunfähig sei und betrübt, ihren jüngeren Geschwistern ihre Lebenslage nicht erleichtern zu können. Dieses drückende Bewusstsein lasse sie nicht zu Gemüthsruhe gelangen.

Ausser sehr bedeutender l. und geringerer r. conc. Sehfeldeinschränkung, bei erhaltenem Farbensinn, liessen sich diesmal keine Stigmata hysteriae nachweisen. Gesprächsweise bemerkte Pat., die glücklichste Zeit ihres Lebens sei die Episode in Wilna in ihrem 11. Lebensjahr gewesen, und die Erinnerungen an diese Zeit seien ihr die liebsten und deutlichsten.

Während des diesmaligen Spitalaufenthalts bis zu Anfang März 1893 kam es niemals spontan zu Ekmnesieerscheinungen.

Zweimal wurden sie experimentell hervorgerufen, indem man sie in II als posthypnotische Leistung suggerirte. Alles wiederholte sich so, wie bei den früheren spontanen und provocirten Ekmnesien. Mit Leichtigkeit gelang jeweils die Ueberführung der Kranken aus diesem III Zustand in I durch entsprechende Suggestion in neuerlich bewirktem II (Hypnose).

Die anlässlich der letzten Anwesenheit der Pat. in der Klinik neuerlich durchgeführte Anamnese stellte den psychischen Shok, durch den sie erkrankt war, in ein helles Licht, insofern auch eine weniger zart besaitete Persönlichkeit als Pat. dadurch mächtig erschüttert werden musste. Die Verbrennung war nämlich dadurch erfolgt, dass von der Decke der Bühne des Sommertheaters, an welchem Pat. gerade in Action war, eine grosse Petroleumlampe sich losgelöst hatte und auf sie gefallen war. In sinnlosem Schreck war Pat. brennend ins Freie geeilt, wo man sie fand und die Flamme erstickte. Auffallenderweise hatte Pat. aber davon keine Idiosynkrasie gegen Feuer und keine Furcht vor Feuersgefahr zurückbehalten. Es lag nahe, den Versuch zu machen, jene furchtbare Scene ekmnestisch nochmals durchmachen zu lassen und, gemäss der Methode von Breuer und Freud vorgehend, die Hoffnung zu hegen, Pat. von ihrem Leiden befreien zu können. Ueberdies schien Binet's (s. u.) Vermuthung plausibel, es möchten durch Rückversetzung eines Individuums in die Zeit der Entstehung seiner Krankheit, Heilsuggestionen leichter Erfolg haben. In tiefer Hypnose wurde der Pat. der suggestive Auftrag ertheilt, sie habe, wenn erwacht, jene Brandscene nochmals zu erleben. Sie schien diese Suggestion anzunehmen, bot aber, erwacht, ihren normalen psychischen Zustand (= I) und nicht einmal eine dunkle Erinnerungsspur eines ihr ertheilten unerfüllten Auftrags, jedenfalls ein Beweis weiter dafür, dass man in II nicht das willenlose Werkzeug in der Hand des Hypnotisirenden ist.

Der folgende Fall, ebenfalls in meiner Klinik beobachtet, scheint dafür zu sprechen, dass eine solche Ekmnesie eine frühere Lebensepisode auch in phantastisch umgestalteter Form darstellen kann (délire ecmnésique).

Beob. 8. U., 19 J., Commis, wurde am 23. 6. 1895 auf die psychiatrische Klinik gebracht. Aus einem Dienst am 22. 6. entlassen, war er in der Nacht zum 23. in den Strassen von Wien herumdämmernd, von der Polizei aufgegriffen worden. Er war verstört, traurig und klagte sich an, er sei am Tode seiner vor 5 Tagen verstorbenen Schwester schuld. Pat. griff sich oft nach dem Kopf, äusserte Klagen über dumpfen Kopfschmerz und kam in der Klinik ängstlich und desorientirt an. Er blieb gehemmt, bot erschwerte geistige Leistung, behauptete, seit einigen Wochen mit Mutter und Schwester in Wien zu wohnen. Er habe die 3jährige Schwester vom Tische fallen lassen und dadurch sei sie gestorben. Von den wirklichen Erlebnissen aus der letzten Zeit wusste er bis zum 24. 6. nichts, dann dämmerten bezügliche Erinnerungen auf und am 29. 6. löste sich plötzlich dieser delirante Dämmerzustand. Man erfuhr nun, dass U. vor 2 Monaten aus Süddeutschland nach Wien gekommen war, eine Stellung als Buchhalter in einem Hotel gefunden, in dieser viel Aerger durch brüske Behandlung seiner Dienstherrin und Ueberanstrengung erfahren hatte.

Am 22. 6. war er von seiner Dienstgeberin brutal behandelt und Knall und Fall entlassen worden, worüber er sich sehr kränkte. Für den folgenden psychischen Ausnahmszustand hat Pat. Amnesie.

Die Affaire mit seiner Schwester ereignete sich vor 9 Jahren in Süddeutschland. Das 3jährige Kind, das Pat. zu beaufsichtigen hatte, war damals vom Tische herabgefallen und möglicherweise in Folge dieses Sturzes gestorben. Pat. angeblich erblich nicht belastet, hat rachitischen, blasigen Schädel von 54 Cf., als Kind an Convulsionen gelitten, seit dem 8. Jahr viel an Cephalaea. Er ist klein, schwächlich, ohne Degenerationszeichen, ohne Stigmata der Neurasthenie oder der Hysterie. Vor 4 Jahren, nach Uebermüdung und 8tägiger Schlafentziehung anlässlich Prüfungsstudium, hat Pat. einen mehrtägigen psychischen Erschöpfungszustand, mit Amnesie gehabt.

Am 3. 7. 1895 genesen entlassen, erschien U. am 7. 7. auf der Polizei mit der Selbstanzeige, er habe soeben seine Dienstgeberin mit dem Revolver angeschossen. Sofortige Recherchen ergaben die Unwahrheit jener, im Sinne einer traumhaft deliriös unrichtigen Reproduction eines am 22. 6. thatsächlich vorgekommenen Streites mit der

Principalin. Pat. auf die Klinik neuerlich gebracht, erkennt nicht den früheren Aufenthalt, lebt ganz im Wahn, seine frühere Dienstgeberin verletzt zu haben, giebt aber traumhaft unklare, beständig variirende Darstellung des angeblichen Sachverhalts, ist verstört, ruhebedürftig, klagt heftigen Kopfdruck, schläft viel, ist affectlos, unbesorgt um seine Zukunft. Er glaubt sich am 23. 6., behauptet steif und fest, gestern die Scene mit der Principalin gehabt zu haben, hat von Allem seither Vorgefallenen nicht die mindeste Erinnerung, auch nicht von seinem ersten Aufenthalte hier, während er sich hinter dem 23. 6. rückwärts liegender Ereignisse erinnert.

Am 11. 7. schwindet plötzlich dieser psychische Ausnahmszustand, von dessen Erlebnissen nur eine dunkle Erinnerungsspur zurückbleibt. Pat. theilt mit, dass durch Kränkung über erfolgloses Suchen einer Stellung nach der Entlassung aus dem Spital, die neue Erkrankung wohl verursacht worden sei, und dass die unfreundliche Behandlung anlässlich eines Besuches des früheren Dienstortes am 6. 7., den Inhalt des Deliriums wohl bestimmt habe.

Einer neuerlichen Entlassung des Pat. steht der Umstand im Wege, dass er vom 18. 7. ab Anfälle von Hysteria gravis bietet, als deren spasmogene Zonen sich Dornfortsätze der mittleren Brustwirbelgegend und eine, der Ovarie beim Weib entsprechende, Stelle am l. Abdomen ergaben. Pat. klagt intervallär über Clavus, Globus, bietet gelegentlich Weinkrampf, wird immer emotiver. Obwohl täglich bis 2 Anfälle von Hysteria gravis (epileptoide Phase, grands mouvements, zuweilen auch abortive delirante Phase, mit expiatorem Inhalt) beobachtet werden, kommt es doch nicht zu Wiederholungen des psychischen Ausnahmszustandes (mit Selbstanklagedelir und Amnesie für einen bestimmten Lebensabschnitt). Erst am 12. 1. 1896 tritt dies ein und zwar 1½ Stunden vor einem neuen Insult.

Am 12. 1. Abends gegen 6 Uhr ruft der im Bett liegende Pat. den zufällig das Krankenzimmer passirenden Assistenten an und deponirt vor ihm, offenbar als einer vermeintlichen Amtsperson, genau so wie am 7. 7. auf der Polizei. Er glaubt sich am 23. Juni, schildert detaillirt die Umstände seiner wahnhaften That, erkennt, dass er in einem Krankenhause ist, weiss aber nicht wo, und bei wem, und erwartet seine Abführung ins Gefängniss. Während er sich aller Details seiner Vita ante acta rückwärts vom 23. Juni gut erinnert — das Erlebniss mit der Schwester wird zeitlich richtig localisirt — fehlt jegliche Erinnerung für die Erlebnisse seit dem 23. Juni. Er kennt weder Aerzte noch Mitpatienten und Wärter hier, erkennt nicht Bücher noch Briefe, die er seither erhalten, als ihm gehörig an,

auch nicht ein Antwortschreiben, das er am 11. 1. dem Arzt zur Expedition übergeben hatte und behauptet, das sei gar nicht seine Schrift. Er ist, im Gegensatz zu seinem sonstigen liebenswürdigen Benehmen, barsch, gereizt, klagt Kopfweh und nimmt wenig Notiz von der Aussenwelt. Um $7\frac{1}{2}$ Abends Anfall von Hysteria gravis, der an der Situation nichts ändert. Am 13. früh $8\frac{1}{2}$ kommt Pat. mit Amnesie für diesen Ausnahmszustand zu sich.

Am 14. 1. fällt Pat. wieder auf durch verstörte Miene. Er ist anscheinend lucid, aber man überzeugt sich, dass er wieder seinen Anfall hat, d. h. er ist am 23. Juni, seit 5 Wochen in Wien, noch nie früher hier gewesen, kennt nicht die Umgebung. Nachmittags plötzlich wieder lucid, mit Amnesie für diese ganze Episode.

Von da an bis zum 22. 2. 1896, wo Pat. nach einer heimatlichen Anstalt verschickt wird, nur mehr gewöhnliche Anfälle von Hysteria gravis.

Die vorausgehenden Thatsachen der Ekmnesie rufen die Erinnerung an von mir angestellte wissenschaftliche Experimente der suggestiven Rückversetzung in frühere Lebenszeiten hervor, die ich 1893 in einer kleinen Broschüre („Hypnotische Experimente“) veröffentlicht habe.

Es handelte sich um eine 33 Jahre alte, gesunde, anamnestisch und im Stat. praes. ohne hysterische Stigmata dastehende, seit 1883 sehr häufig von einem Laien ohne Schaden für ihre Gesundheit hypnotisirte Dame, die jeweils durch Stirnstreichen aus dem physiologischen Zustand (= I) in Hypnose in Gestalt von tiefem Somnambulismus (II) versetzt werden konnte. Suggerirte man ihr in II, man werde sie, in I zurückversetzt, in etwas verwandeln, was sie sein müsse, so gelang es allmälig, nachdem sie in I zurückversetzt war, durch einfache Wachsuggestion den posthypnotischen Auftrag zu erzwingen, mit dessen Erfüllung sofort ein eigenartiger neuer Bewusstseinszustand (= III) eintrat, der bis zur Erfüllung des suggestiven Auftrags anhielt.

Auffallend in diesem III Zustand war die Helligkeit des Bewusstseins und die schrankenlose Disposition über den geistigen Besitz.

Die bezüglichen Suggestionen bestanden in der imperativen Rückversetzung in frühere Lebenszeiten.

Der III Zustand fand seine Beendigung durch provocirte Fascination, die dann in II überging, oder durch herbeigeführte II mittelst Hypnose, aus welcher die Versuchsperson dann in I übergeführt wurde.

Sie wusste weder in I noch in II etwas von den Vorgängen in III.

Die suggestiven Reproductionen früherer Zeiten in III betrafen das 5., 6., 7., 15., 19. Lebensjahr.

Die Beurtheilung dieser Versuche war eine verschiedene. Herr Benedikt in Wien erklärte sie für „dummen Schwindel", einfach auf Grund der Mittheilungen eines Laien (Journalisten), der in jener Sitzung anwesend zu sein für gut gefunden hatte. Die in der Sitzung vom 13. 6. und die in einer späteren vom 20. 6., die 4 Stunden dauerte, anwesend gewesenen Fachmänner waren zwar überzeugt von der Echtheit der hypnotischen Experimente, aber getheilter Meinung hinsichtlich der entscheidenden Frage, ob es sich bei den durch hypnotische Suggestion geschaffenen Zuständen um werthlose blosse Typen kindlicher und jugendlicher Persönlichkeit, oder um wirkliche Wiederhervorrufung (individueller) früherer Ichpersönlichkeiten handelte. Die Mehrzahl, darunter auch auswärtige competente Gelehrte, wie z. B. Jolly-Berlin, entschied sich für die erstere Alternative. Ich musste auf Grund der in meiner Broschüre niedergelegten psychologischen Thatsachen und Beweise mich zur letzteren bekennen und auf ganz analoge Beobachtungen und Experimente von Hebold (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 49, p. 86), Moll (Der Hypnotismus, 2. Aufl., p. 103), Bernheim (Die Suggestion, übers. v. Freud, 1. Hälfte, p. 61), Forel (Der Hypnotismus 1889, p. 27), die ebenfalls nicht anders gedeutet worden waren, verweisen. Nicht minder berechtigten mich zu dieser Annahme frühere in meiner „Experim. Studie auf d. Gebiet des Hypnotismus", 3. Aufl., p. 26, 30, 66 niedergelegte Erfahrungen. Mit meinen Anschauungen stark in der Minorität mich zu befinden, konnte mich nicht besorgt machen, denn, wenn sie richtig waren, mussten sie früher oder später Bestätigung finden. Mathematische Beweise lassen sich auf psychologischem Gebiet freilich nicht erbringen. Für einen nüchternen Beobachter muss die Analogie, ja stellenweise Identität der 1893 von mir angestellten Experimente mit den Naturexperimenten, die ich bei den obigen Fällen in meiner Klinik zu beobachten hatte, sowie mit den in Bordeaux 1886 schon gemachten Erfahrungen[1] im Sinne eines „délire ecmnésique" sich ohne weiteres ergeben. Mag diese Rückversetzung in frühere Lebensepisoden eine spontane oder provocirte, eine freistehende oder durch einen Hysteria gravis-Insult geschaffene Situation sein, so repräsentirt sie jeweils einen psychischen Ausnahmezustand, in welchem die Persönlichkeit auf die Stufe des Unterbewusstseins gestellt erscheint, in einer Art Somnambulismus sich befindet, der aber volle Freiheit der Ideenassociation im Rahmen des erschlossenen Lebensabschnitts gestattet.

Wunderbar für Den, welcher ohne Voreingenommenheit solche

Zustände von Reactivirtsein längst vergangener Lebensabschnitte beobachtet, ist die Gedächtnisleistung solcher Individuen.

Man möchte an einen Zustand von Hypermnesie glauben, zumal da im physiologischen I Zustand derlei Details absolut unerinnerbar sind.

Entscheidend für die Erklärung des scheinbaren Wunders ist die Thatsache, dass das in frühere Lebenszeiten spontan oder künstlich zurückversetzte Individuum in einem Ausnahmszustand III sich befindet, in welchem eine Modification seines Bewusstseins eingetreten ist, ein Unterbewusstsein, in welchem Gedächtnissbilder, die dem Oberbewusstsein nie mehr erreichbar sind, eventuell leicht zugänglich und reproducirbar werden. Wunderbar bleibt immerhin, dass eventuell eine Auto- oder eine Fremdsuggestion, oder auch nur eine Associationsspur, die, bei spontan oder künstlich geschaffenem III Zustand, ins Unterbewusstsein hinabreicht, ganze Reihen von Erinnerungen zu wecken vermag.

Während dies von den zünftigen Psychologen und Medicinern noch vielfach bezweifelt wird, haben der Scharfblick und die Intuition des Dichters diese Möglichkeit längst vorausgesehen.

Es seien hier bloss zwei bezügliche Aussprüche citirt:

H. C. Andersen, gesammelte Werke, Leipzig 1847, I. Theil, p. 63 und 64:

„Ich glaube, dass die Seele nichts vergisst; Alles kann wieder erweckt werden, so lebendig als in der Minute, da es geschah."

Lessing, Nathan der Weise, II. Akt, 7. Auftritt:

„Wie solche tiefgeprägte Bilder doch zu Zeiten in uns schlafen können, bis ein Wort, ein Laut sie weckt."

Vielleicht geht es hier wie in der Psychiatrie, wo Typen von Irresein, wie z. B. die Folie du doute (von Jean Paul), der Querulantenirrsinn u. A. längst Vorwurf dichterischer Darstellung und Bearbeitung waren, bevor die Wissenschaft sich ihrem Studium widmete.

Dass im Traum und in Fieberdelirien Thatsachen und Situationen des früheren Lebens reproducirt resp. durchgemacht wurden, von denen man im normalen Dasein nichts mehr gewusst hatte, sind geläufige Thatsachen der Erfahrung. Es giebt eben Kreise des Ober- und Unterbewusstseins, die sich nie schneiden. Damit begreift sich die Amnesie für diese Ausnahmszustände (= III) in I.

Die nie fehlende Amnesie ist aber ein bedeutungsvoller Hinweis darauf, dass der Betreffende im Unterbewusstsein vergangene Lebensabschnitte erweckt bekommt. Dass der III. Zustand aber nicht eine

bloss psychische, sondern auch physische Veränderung darstellt, scheint mir aus Beobachtungen (s. o.) von Fällen hervorzugehen, wo Hemianästhesie, hysterogene Punkte u. s. w. fehlen oder vorhanden sind, je nachdem Lebensalter reproducirt werden, in welchen die ursächliche Neurose noch nicht vorhanden war oder es schon war.

Diese Ecmnesie scheint eine seltene Form der bei Hysterie vorkommenden periodisch amnestischen Zustände zu sein. Wahrscheinlich kommt sie nur bei dieser Neuropsychose vor. Ihre Dauer dürfte sich auf Stunden bis Tage erstrecken.

Spontan erscheint sie im Zusammenhang mit Hysteria gravis-Insulten, sowie äquivalenten hypnoiden, autohypnotischen oder auch provocirten hypnotischen u. dgl. Zuständen, die in unbekannter Weise diesen ecmnestischen Zustand hinterlassen.

Experimentell lässt sie sich durch Erweckung von Associationen von Erinnerungsbildern bezw. durch suggestiven Einfluss in beginnender Hypnose (Zustand erhöhter Suggestibilität und des erschlossenen Unterbewusstseins), durch in Hypnose gegebene posthypnotische Suggestion oder auch durch Reizung bestimmter Stellen der Körperoberfläche hervorrufen.

Die Erklärung für die spontan auftretende Ecmnesie lässt sich wohl dahin geben, dass in den Schlaf- oder sonstigen Hysteria gravis-Anfällen mit Delir, ähnlich wie zuweilen im Traum, das Individuum eine frühere Lebensphase durchträumt. Es bedarf nur des Uebergreifens von Associationen in den sich anschliessenden weiteren (III) Ausnahmezustand, in welchem die Association erleichtert sein mag, jedenfalls erhöhte Autosuggestibilität besteht, um via Autosuggestion eine frühere Lebensphase zu reactiviren. In I gelingen weder spontane noch suggestive Erschliessungen latent gewordener Bewusstseinsinhalte. Dass, wie im Fall 2, solche historische Episoden identisch wiederkehren, mag darin begründet sein, dass sie besonders bedeutungsvollen Inhalt hatten.

Dass bei Reizung sog. ideogener Zonen bestimmte Erinnerungsbilder typisch wiederkehren, erklärt sich wohl daraus, dass diese Körpergegenden bei der ursprünglichen Situation eine Rolle spielten, so in Fall 1 z. B. der Mons veneris. Der Erfolg der Reizung der Halsgegend im gleichen Fall liesse sich dahin deuten, dass Pat., als sie in Wuth über eine Nachbarin ursprünglich gerieth, das Gefühl einer Constriction (Globus) daselbst gehabt hatte. Jedenfalls lehren diese Erfahrungen die Bedeutung von örtlichen Sensationen für die associative Knüpfung von bestimmten Vorstellungen.

Die Thatsache der Ecmnesie lässt sich wohl damit erklären, dass

in dem psychischen Ausnahmszustand, in welchem sie beobachtet wird, die associative Thätigkeit aus der in die Helligkeit des Traumbewusstseins eingestellten Lebensepisode schrankenlos retrograd möglich ist, während Associationen in die jenseits liegende Lebenszeit nicht zu Stande kommen können, diese deshalb verdunkelt, ecmnestisch bleibt.

Eine blosse Objectivation des types scheint bei den spontan und unbewusst zu Stande gekommenen ecmnestischen Zuständen ausgeschlossen. Es ist doch nicht denkbar, dass in diesem höchst eingeengten und verdunkelten Ichbewusstsein die Creirung einer Rolle versucht wird. Auch bei experimentell erzeugtem Zustand scheint mir die Identität der Erscheinungen, die Classicität der Leistung, das begleitende Moment von körperlichen Störungen (Anästhesien u. s. w.) dagegen zu sprechen.

Zur Beseitigung solcher Zustände scheinen Erfahrungen in Fall 1 und 2 Fingerzeige zu geben, insofern in 1. Reizung auch bei sonstigen hysterischen Insulten individuell wirksamer zones frénatrices, in 2. die Ueberführung aus dem ecmnestischen Zustand in den intervallären via Hypnose sich bewährt haben.

Nachträge zur Ecmnesie.

Die Lehre von der Ecmnesie, welche in Ländern deutscher Zunge, vielfach noch in wissenschaftlichen Kreisen auf Zweifel stösst und gelegentlich als „dummer Schwindel" abgefertigt wird, hat in Frankreich schon längst die ihr gebührende Beachtung gefunden, so u. A. Seitens Binet's („Altérations de la personnalité" Paris 1892), der auf S. 242 seines Werkes nicht ansteht, diese auf Pitres Klinik zuerst studirten und als Ecmnesie bezeichneten Thatsachen für wissenschaftlich und vielleicht auch praktisch bedeutsam zu erklären. Er erhofft von diesen „Suggestions rétrospectives" Hülfe für die Diagnose, indem es dadurch gelingen mag, Ursprung und Entstehungsweise von hysterischen Symptomen zu ermitteln, ferner spricht er die Möglichkeit aus, dass mit der Rückversetzung eines Individuums in die Zeit der Entstehung seiner Krankheit Heilsuggestionen leichter Erfolg haben mögen. Jedenfalls liefern ihm die Thatsachen der Ecmnesie den Beweis, dass eine Fülle von Erinnerungsbildern in uns latent fortbestehen, die im bewussten Dasein und willkürlich nicht erweckbar sind.

„Das Gesetz der Ideenassociation kann für die Erklärung der Ecmnesie ebensowenig herangezogen werden, als es der Entwickelungsprocess unseres geistigen Lebens zu erklären vermag. In letzterer Hinsicht bedarf es vielmehr tieferer Einflüsse aus dem unbewussten

Geistesleben, welchem wir die Synthese zeitlich und inhaltlich verschiedener psychischer Elemente verdanken." Soweit Binet.

Sein Hinweis auf die Bedeutung des unbewussten Geisteslebens für die psychische Existenz überhaupt, findet eine Bestätigung gerade durch die Thatsachen der Ecmnesie, insofern im bewussten (normalen) Zustand keine bezügliche Ideenassociation hervorgerufen werden kann. Es ist dies nur möglich in einem psychischen Ausnahmszustand, wie ihn ein hysterischer Insult oder eine Hypnose u. dgl. schaffen kann. Dann erst gelangt die bezügliche Ideenassociation zur Geltung.

Mit dieser Erfahrung contrastirt scheinbar eine Beobachtung von Janet. Sie betraf ein 23 Jahre altes Fräulein, das man nur mit seinem Kosenamen „Margot" anzusprechen brauchte, um sie sofort in das 8. Lebensjahr, bis zu welchem man sie so genannt hatte, zurückzuversetzen. Offenbar bewirkte dieses Wort bei dem überaus suggestiblen Fräulein sofort einen Zustand der Autohypnose, mit dessen Eintritt die Association wirksam wurde.

Ein interessanter Versuch zur Erklärung des ecmnestischen Zustandes findet sich in dem kürzlich erschienenen Buche Sollier's (Genèse et nature de l'hystérie, Paris 1897). Sollier erklärt die ausgebildete Hysterie damit, dass er eine Anästhesie (je nachdem Haut, Sinnesorgane, Organempfindung) annimmt. Die meisten Hysterischen befänden sich dauernd in einem psychischen Ausnahmszustand, abhängig von einer Anästhesie des Gehirns (speciell des Vorderhirns, der psychischen Centren), den er als vigilambulisme bezeichnet. Vermöge dieses schlafwachen Zustands fehle auch der Schlaf bei Hysterischen und sei es so schwer sie zum Schlafen zu bringen.

Die Ecmnesie sei nichts Anderes als die Erweckung der Sensibilität des Vorderhirns, was durch Suggestion oder auch durch einen hysterischen Insult geschehen könne. Der Kranke gerathe dadurch in eine Modification seines schlafwachen Zustandes, also einen eigens modificirten psychischen Ausnahmszustand, der, je nachdem, als Verwirrung oder als Regression der Persönlichkeit in eine frühere Lebenszeit klinisch sich darstelle. Sollier behauptet (p. 332), dass bei suggestiver Hervorrufung der Ecmnesie die Regression nicht in eine beliebige frühere Lebensperiode möglich sei, sondern nur in die Zeit, in welcher die Betreffende schon hysterisch krank war, oder in eine Zeit kurz vorher, was aber mit vielen der früheren Erfahrungen nicht übereinstimmt. Er findet, dass überhaupt eine hysterisch Kranke, wenn sie aus ihrem Vigilambulisme durch irgend einen erweckenden Vorgang zum vollen Bewusstsein komme, sich regelmässig in dem Alter vorfinde, in welchem ihre Krankheit zum Ausbruch kam. Demnach

wäre Ecmnesie etwas ganz Gewöhnliches, was auch Verf. an der Hand zahlreicher eigener Beobachtungen zu erweisen sucht.

Die ganze Theorie Sollier's, und damit auch seine Erklärung der Ecmnesie, bedarf jedenfalls sorgfältiger Nachprüfung.

Eine weitere interessante Frage geht dahin, ob während des ecmnestischen Zustandes wirklich die betreffende Lebensepisode nochmals durchlebt wird, oder ob, wie Binet annimmt, es sich nur um das allgemeine Erinnerungsbild, „das abgeschwächte Echo jenes Zeitraumes" handelt.

Auch diese Frage lässt sich nicht ohne Weiteres beantworten. Würde es sich doch nur um Intensitätsunterschiede handeln! Für viele Fälle mag Binet Recht haben. A priori ist aber nicht abzusehen, warum nicht Lebensepisoden so deutlich in dem unbewussten Gedächtniss eingegraben sein können, dass sie sich ecmnestisch einfach reproduciren. Dies muss jedenfalls für Fälle angenommen werden, wo Miene, Stimme, Handschrift, Gebahren u.s.w. dem Lebensabschnitt entsprechend sich modificirt zeigen.

Solche Vermuthungen sind berechtigt gegenüber folgender Beobachtung, die ich Bourru und Burot entlehne.

Beob. 4. Jeanne R., 24 J., sehr anämisch, nervös, hat Weinkrämpfe, häufige „Ohnmacht"-anfälle und ist leicht hypnotisirbar.

Man suggerirt ihr in der Hypnose, aus ihrem Schlaf 6 Jahre alt zu erwachen. Sie erwacht im elterlichen Hause. Es ist Abend, man schält Kastanien. Sie möchte schlafen gehen, ruft ihren Bruder André, dass er ihre Arbeit fortsetze, aber dieser ist dazu nicht gewillt und amüsirt sich damit, aus Kastanien Häuschen zu bauen. Die R. beklagt sich über den Faulenzer, der sie nöthige, den Stoff aufzuarbeiten. Sie kann nicht das ABC, spricht nur das Patois von Limousin, kennt kein Wort Französisch. Ihr Schwesterchen Luise will nicht schlafen. „Ich muss immer meine 9 monatliche Schwester wiegen". Die R. hat Haltung und Gesten eines Kindes. Man legt ihr die Hand auf die Stirne und suggerirt ihr, sie werde in 2 Minuten 10 Jahre alt sein. Nun ändern sich entsprechend Haltung und Miene. Sie ist auf einem Schloss, nächst welchem sie damals wohnte. Sie sieht Bilder und bewundert sie, fragt nach ihren Schwestern, die sie begleitet haben. Sie spricht wie ein Kind, das reden lernt, erzählt, dass sie erst seit 2 Jahren zur Schule gehe, aber sehr unterbrochen, weil die Mutter oft krank sei und sie dann die Grossmutter hüten müsse. Sie schreibt seit 6 Monaten, leistet eine Schriftprobe, die sie vor einigen Tagen in der Schule machte. Thatsächlich hat sie dieselbe mit 10 Jahren zu machen gehabt. Man versetzt sie ins Alter von 15 Jahren. Sie ist im Dienst bei einer Dame B. Sie plaudert „morgen giebt es eine Hochzeit, da gehen wir hin. B. C., der Schmied, heirathet. Léon wird mich führen, das wird lustig. Ich soll aber nicht auf den Ball, Frl. B. leidet es nicht. Ich gehe aber doch auf ein Viertelstündchen; sie wird es nicht erfahren."

Die R. liest und schreibt ordentlich, u. A. den „Petit Savoyard". Sie schreibt ganz anders als mit 10 Jahren. Erstaunt betrachtet sie später den „Petit Savoyard". Sie erkennt an, dass sie das geschrieben, aber sie wundert sich, da sie dies Gedicht nicht mehr auswendig weiss. Die Schriftprobe mit „zehn Jahren" erkennt sie nicht als ihre Schrift an.

Die Ecmnesie, als ein eigenartiger Zustand von periodischer Amnesie bei Hysterischen, dürfte in den meisten Fällen nur eine ganz transitorische Störung sein. Zuweilen kommt es aber auch zu protrahirten Anfällen. Dann entstehen Uebergänge zur „double vie", insofern die Bewusstseinskreise zweier Bewusstseinszustände niemals sich schneiden und jeder derselben sein eigenes Gedächtniss und eigenen Inhalt hat. Einen solchen Uebergangsfall stellt nach meiner Ansicht der berühmte des Louis V. dar, den Bourru und Burot zum Gegenstand eingehender Studien und Experimente gemacht haben. Man kann ihn als Fall von double conscience mit Ecmnesie bezeichnen.



VIII.

UEBER RETROGRADE ALLGEMEINE AMNESIE.



Ueber retrograde allgemeine Amnesie.

Zu den werthvollsten Bereicherungen psychiatrischen Wissens zählen wohl die Forschungen, welche hinsichtlich der Störungen des Gedächtnisses, ganz besonders im Rahmen der hysterischen Neurose, von Azam, Ribot, neuerdings von Janet u. A. angestellt worden sind.

Ein helles und aufklärendes Licht fällt damit auf gewisse Thatsachen des hysterischen „Charakters“, indem anscheinend freches Leugnen von Begebnissen oder entstellte Darstellung solcher, vermeintliche Erlebnisse bis zur „pathologischen Lüge“ und der Confabulation, damit Unverlässlichkeit bis zum falschen Zeugniss vor Gericht, Verkehrtheiten der Handlungsweise, in Störungen der Gedächtnissthätigkeit ihre Begründung finden.

Unter den von Janet u. A. aufgestellten Categorien gestörter Gedächtnissleistung ist eine der interessantesten die *allgemeine* Amnesie. Sie kann einen zeitlich scharf umschriebenen Lebensabschnitt umfassen (*localisirte* Amnesie) und äussert sich dann nur in der Unfähigkeit, die Erlebnisse aus jenem Zeitabschnitt zu reproduciren, oder sie ist eine totale *retrograde destructive*, insofern sie alle Lebenserfahrungen der Persönlichkeit in sich begreift und das Individuum geradezu auf die Stufe des neugeborenen Kindes zurückversetzt. Dort handelte es sich im Sinne Ribot's nur um einen temporären Ausfall des *psychologischen* (G. der Erlebnisse), hier zugleich um einen Mangel des *organischen* (G. der Fertigkeiten) Gedächtnisses, mit allen seinen Erinnerungsspuren und Gedächtnissbildern früheren Könnens und Leistens. Innerhalb des Zeitabschnittes der localisirten Amnesie fehlt blos die Fähigkeit, Erlebnisse dieses Zeitraums zu reproduciren, bei der totalen retrograden Amnesie dagegen die ganze frühere Leistung, und damit das Bewusstsein einer Persönlichkeit überhaupt.

Die zeitlich begrenzte Amnesie erscheint viel häufiger in der Erfahrung, als die totale.

Am frühesten hat man jene nach *Commotio cerebri* (vgl. Rouillard, essai sur les amnésies, Paris 1885) aufgefunden. Jul. v. Wagner hat sie nach Erhängungsversuchen constatirt (Jahrb. für Psychiatrie VIII. u. a. O.) und auf die Störungen der Circulation und der Ernährung des Gehirns durch das Erhängen zurückgeführt, während Möbius (Neurolog. Beiträge Heft 1), in einer Polemik gegen Wagner, nachzuweisen versuchte, dass die Ursache dieser Amnesie die dem Erhängen vorausgehende Gemüthserschütterung und eine dadurch vermittelte traumatische Hysterie sei, eine Annahme, die aber nur für einen Theil der von Wagner hervorgezogenen Casuistik sich festhalten lässt.

Noch recht wenig geklärt ist die zuweilen nach *Intoxicationen* besonders alkoholischen (Strümpell) gefundene localisirte retrograde Amnesie.

Auch nach *Apoplexia cerebri* will man diese Form der Amnesie beobachtet haben. Die bezüglichen Krankengeschichten (vgl. z. B. Winslow, obscure diseases of the Brain p. 268 u. ff.) sind so aphoristisch und unklar, dass sie nicht beweisend sind und zuweilen geradezu die Vermuthung erwecken, es könnte sich um Hysteria gravis in Gestalt eines apoplectischen Insults (vgl. diese „Arbeiten" Heft II p. 20—44) gehandelt haben.

Sichergestellt durch eingehende Beobachtungen von Strümpell (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde VIII) und von Alzheimer (Zeitschrift f. Psychiatrie LIII) ist das Vorkommen temporär rückschreitender Amnesie bei *Epileptischen*, besonders nach gehäuften Anfällen der Krankheit.

Bemerkenswerth ist, dass in diesen Fällen die von Tagen bis zu $1\frac{1}{2}$ Jahren dauernde Amnesie in einigen Fällen plötzlich schwand, und nur in Strümpell's Falle persistirte.

Auch bei *Hysterie* hat man diese Form der Amnesie beobachtet. Typische Fälle sind z. B. folgende:

Janet: Dame. Nach hysterischem Insult Amnesie für einen dreijährigen Aufenthalt in England, zugleich mit Verlust der Kenntniss der englischen Sprache.

Charcot (revue de méd. 1892, XII) Dame. Nach Hysteria gravis-Anfall von 3tägiger Dauer, Verlust der Erinnerung für alle Erlebnisse der Zeit von 6 Wochen vor dem Insult.

Toulouse, Archiv. de Neurolog. XXVIII, 1894. Nach heftigem psychischen Shok (Feuersbrunst) Amnesie *fast* für die ganze frühere

Existenz, bei intactem organischem Gedächtniss (ungestörte Sprache, Schrift, Bewegungsleistungen).

Viel seltener erscheinen in der Literatur Fälle von totaler destructiver Amnesie. Auffallender Weise erscheinen sie nur bei Hysteria gravis, im Anschluss an heftigen psychischen Shok oder an Anfälle dieser Krankheit, sodass die Vermuthung berechtigt erscheint, diese Form der Amnesie sei eine der Hysterie eigenartige. Die von mir in der Literatur aufgefundenen Fälle sind folgende:

1. Weir Mitchell „Mary Reynolds, a case of double consciousness" Philadelphia 1889.
   Mädchen von 18 Jahren. Seit einigen Wochen Zustände von Hysteria gravis. Nach einem Lethargusanfall von 20 Stunden kommt Pat. zu sich, in einem Zustand wie ein „neugeborenes Kind", aber mit den Fähigkeiten eines Erwachsenen. Es besteht blos Echosprache. Allmälig Wiedererlangung des früheren geistigen Besitzes.

2. Mac Nish, philosophy of sleep 1838 p. 215.
   Dame in Amerika. Nach Schlafanfall allgemeine destructive Amnesie. Pat. wusste gar nichts von den Kenntnissen, Fertigkeiten, überhaupt Erlebnissen ihrer bisherigen Existenz, sodass man sie von Neuem erziehen musste. Eines Tages neuer Schlafanfall, nach welchem sie wieder in ihrem früheren vollen geistigen Besitz war. Sie wusste nichts von dieser Episode allgemeiner Amnesie.

3. Ribot, Krankheiten des Gedächtnisses p. 51.
   Lehrerin, 26 J., bietet nach einem Hysteria gravis-Insult allgemeine Amnesie (Verlust aller Kenntnisse). Wiedererlangung des geistigen Besitzes nach einigen Wochen.

4. Sharpey bei Ribot p. 52.
   Zarte Dame. Nach 2monatlichem (hysterischem) Schlafzustand Amnesie für fast Alles früher Erlebte und Erlernte. Allmäliges Wiedererwerben desselben binnen 3 Monaten.

5. Ribot ebenda p. 55.
   Eine junge Frau fällt ins Wasser. Herausgezogen, ist sie durch 6 Stunden bewusstlos, dann wieder bei sich. Zehn Tage später verfällt sie in einen 4 Stunden dauernden „Stupor". Darnach Verlust von Gehör, Sprache, Geschmack, Geruch, Bewegungsvorstellungen. Sie sieht und fühlt nur. Pat. erwirbt mühsam neuerlich geistigen Besitz.
   Eines Tags, infolge einer Gemüthsbewegung, Bewusstlosigkeit von einigen Stunden. Zu sich gekommen, ist sie im geistigen früheren Besitz, aber noch einige Zeit hindurch taub. Sie weiss nichts von den 12 Monaten ihrer Krankheit, die ihr wie ein langer Schlaf vorkommt.

6. Camuset, revue philosophique 1882.
   17jähriger Junge. Nach heftigem Hysteria gravis-Insult Verlust des Gedächtnisses für die ganze bisherige Existenz und für alle Kenntnisse.

Nach 1 Jahr dem früheren identischer Insult. Nun wieder die frühere Persönlichkeit, aber Amnesie für die Vorkommnisse des einjährigen Zustandes.

7. Azam, hypnotisme et double conscience p. 221.

Albert X., 12½ J. Seit dem 5. Jahre Tussis hysterica. Nach heftigem hysterischen Insult mit 10½ Jahren Verlust der Vita ante acta und allen Wissens. Er kann nicht mehr lesen, schreiben, rechnen, spricht unvollkommen, erkennt nur mehr Eltern und Pflegerin. Nach 20 Tagen wieder Stat. quo ante. Neuerliche solche Zustände nach hysterischen Insulten, mit mehr oder weniger vollkommener retroactiver Amnesie, bis zur Dauer von einigen Wochen.

8. Mortimer Granville, Brain, 1889, October.

Hysterische Frau von 28 Jahren, die nach „heftigem Fieber mit Bewusstseinsverlust" durch einige Wochen Amnesie für alles Erlebte und Erlernte hatte.

Die Fälle von totaler retrograder Amnesie bei Hysteria gravis haben mit den bei Epilepsie beobachteten das Gemeinsame, dass sie nach Anfällen der Krankheit zurückbleiben. Die Amnesie schwindet allmälig oder es geschieht dies plötzlich nach einem neuerlichen Hysteria gravis-Insult. Immer kommt es zu einer vollständigen Restitution des früheren geistigen Besitzes. Die Dauer der Amnesie beträgt Wochen bis Jahresfrist. In klassischen Fällen besteht geistig tabula rasa bis zum Verlust eines Persönlichkeitsbewusstseins. Es ist dann geradeso, wie wenn das ganze psychische Organ in einen Zustand des Schlafs verfallen wäre. Dies gilt aber nur für den vor dem Eintritt der Amnesie erworbenen Besitz. Die Erwerbung neuen Besitzes und seine associative Verwerthung und Bereicherung ist eine ziemlich gute. Jedenfalls bestehen bei dieser Form der Amnesie keine Complicationen mit anterograder (wie dies zuweilen bei der localisirten Amnesie vorkommt) oder gar mit der Dauerform der Amnesie. Da offenbar der frühere geistige Besitz blos gesperrt, nicht aber verloren ist, gelingt auf dem Wege der Association von neuerworbenen Vorstellungen aus die Reactivirung auffallend schnell. Häufig ist überdies die destructive Amnesie keine universelle, so z. B. in Beob. 5, wo nur die Erinnerungsbilder einer Zahl von Rindenterritorien defect waren, bei erhaltenem Wahrnehmungsvermögen des Gesichts- und Gefühlssinns. Ich reihe an diese Erfahrungen folgende eigene Beobachtung, in welcher bei einer Hysterischen, nach Attaquen von Zorntobsucht, durch Tage lang Amnesie für die ganze frühere Leistung, bis zur Aufhebung des Persönlichkeitsbewusstseins vorhanden war, jedoch war das organische Gedächtniss insofern nicht mitbetroffen, als die Bewegungsanschauungen erhalten waren.

Beob. K. M., 19 J., ledig, in der Klinik aufgenommen am 23. 9. 1892, stammt von einem Vater, der Potator war. Eine Schwester derselben ist Idiotin, ein Bruder als kleines Kind an Convulsionen gestorben.

Pat. soll früher gesund gewesen sein, in der Schule gut gelernt haben. Sie galt aber als verlogen, moralisch defect und dem Trunke geneigt. Sie war faul und las mit Vorliebe Romane. Die ersten Menses waren mit 13 Jahren erschienen.

Im Januar 1892 war Pat. bei einer Familie untergebracht worden, um dort das Nähen zu erlernen. In diesem neuen Milieu fühlte sich Pat. sehr wohl. Sie fabulirte einen ganzen Roman zusammen, der an primordiale Verfolgungs- und Grössendelirien erinnerte und wohl als „pathologische Lüge" einer Hysterischen bezeichnet werden kann.

Sie behauptete, ihre Mutter sei eine schlechte Person, die schon im Zuchthause gesessen sei und immer ein Giftfläschchen mit sich führe, um die Leute zu vergiften. Diese Lügen kamen der Mutter zu Ohren, die ihre Tochter im April deshalb zur Rede stellte und leicht züchtigte. Pat. erzählte in der Folge, die Mutter habe ihr den Arm dreimal gebrochen, sie müsse sich deshalb im Spital behandeln lassen. Sie ging plötzlich von Hause fort, kam jeweils mit der Angabe zurück, sie sei beim Prof. W. gewesen, der constatirt habe, dass sie durch ihre Mutter vergiftet sei. Ihre Lunge sei durch Gift verbrannt, ihr Gehirn schwimme im Wasser in Folge der Schläge, die sie von der Mutter erhalten habe. Der Professor ziehe ihr Gift und Wasser unter den Fingernägeln heraus und schreibe ihr vor, sie dürfe nur Braten essen und Rothwein trinken.

Schliesslich erklärte sie sich für das Kind eines Grafen Antonio, der Capuziner sei und seinem Vater auf dessen Todtenbett geschworen habe, er werde solange im Kloster bleiben und der Pat. keine Unterstützung gewähren, bis sie 20 Jahre alt sei. Dann (1893) werde er das Kloster verlassen, seine Tochter zu sich nehmen und Alle, die ihr gut waren, reichlich beschenken. Ihre Mutter, die nur ihre Ziehmutter sei, wolle sie vergiften, um zu verhindern, dass sie im Jahre 1893 das väterliche Erbe antrete. Prof. W. wisse von Allem, spreche mit ihr darüber und bedauere sie lebhaft. Die Quartierfrau der F. erhielt Briefe, unterzeichnet von einem Grafen Antonio, in welchen alle Angaben derselben bestätigt waren. Pat. wusste ihren Roman so plausibel zu machen, dass ein Theil ihrer Umgebung von der Wahrheit ihrer Angaben überzeugt war und ihre Quartiergeberin, in der Erwartung der von Antonio zu gewärtigenden Summen, ernstlich daran dachte, ihr Nähereigeschäft aufzugeben.

Eines Tages stellte sich aus Concepten, die man bei Pat. fand, heraus, dass sie selbst, mit gut verstellter Hand, jene Briefe geschrieben hatte. Nachforschungen ergaben ferner, dass Pat. den Prof. W. gar nicht kenne.

Am 22. 9. über ihre Lügen zur Rede gestellt, gerieth Pat. in einen Zustand von Zorntobsucht, in welchem sie, schreiend, um sich schlagend, beissend, sich die Kleider vom Leibe reissend, mühsam von 4 Männern gebändigt, zur Aufnahme auf der psychiatrischen Klinik gelangte.

Am Abend des 23. 9. wurde Pat. ruhig, schlief ein und erwachte am Morgen des 24. ganz verwirrt, unorientirt, mit Amnesie für die Erlebnisse des Anfalls. Für das ganze frühere Leben bestand fast völliger Defect der Erinnerung (so erkannte sie z. B. die sie besuchende Quartierfrau nicht). Sie war zugleich am ganzen Körper anästhetisch und analgetisch. Am 26. 9. waren die sensiblen Störungen geschwunden, die Erinnerung für alles Erlebte und Erlernte wieder da, bis auf die Erlebnisse im Anfall, die amnestisch blieben.

Pat. klein, gut genährt, Schädel im Stirntheil schmal, Cf. 51 cm, Zähne gerieft, Ohrmuscheln leicht verbildet. Cutane und tiefe Sensibilität ohne Defect. Intervallär Angstgefühle, sehr labiler Vasomotorius (oft heiss und roth im Gesicht), schmerzhafte Druckpunkte an Kopf und Gesicht, l. Cervicooccipitalneuralgie, grosse Emotivität und Reizbarkeit.

Am 6. 10. Abends, nach Gemüthsbewegung, neuer Anfall von Zorntobsucht, der einige Stunden dauert und mit Schlaf endigt. Am 7. 10. Morgens constatirt man nicht nur vollständige Anästhesie für alle Qualitäten incl. tiefe Sensibilität, sondern auch complete Amnesie, und zwar nicht blos für die Zeit des Anfalls, sondern auch für die ganze frühere Existenz. Aller Erinnerungsbilder ist Pat. verlustig. Sie erscheint seelenblind und seelentaub, appercipirt nicht Tasteindrücke, weiss nicht die einfachsten Hantirungen. Sie erkennt nicht Zündhölzchen und andere Dinge des Alltagslebens, die man ihr zeigt, kennt nicht die Bedeutung von Worten wie: „Eltern“, „Wien“, „Pferd“ u. s. w. Selbst der eigene Name ist ihr fremd. Während Destruction des Gedächtnisses für die ganze Vita ante acta besteht, findet sich treue Erinnerung für Alles nach dem Anfall Erlebte. So erkennt sie Personen, Uhr, Schlüssel und andere Gegenstände, die sie seither gesehen, sofort wieder, ohne jedoch deren Bedeutung zu erkennen. Associationen knüpfen sich zunächst nicht an solche Gegenstände, ebensowenig, wenn man Pat. die betr. Objecte benennt. Das Persönlichkeitsbewusstsein scheint sich auf das dunkle Bewusstsein einer Existenz überhaupt zu be-

schränken. Wenn man Pat. anruft, so reagirt sie nicht, obwohl sie hört.

Im Laufe des Tages tauchen einzelne Erinnerungsbilder auf. Pat. vermag nun auch zu lesen, jedoch versteht sie den Sinn des Gelesenen nicht. Die Analgesie schwindet.

Am 8. 10. ist die Sensibilität wieder hergestellt. Nun gelangt Pat. ziemlich rasch wieder in den vollen früheren geistigen Besitz. Bald gelingt es mehr auf optischem, bald auf acustischem Wege die Erinnerungsbilder wachzurufen. Meist tritt mit einem neuerweckten Erinnerungsbild eine ganze Reihe associirter Vorstellungen auf. Abstracte Begriffe werden am schwersten und spätesten zurückgewonnen.

Am 12. 10. ist Pat. im status quo ante. Aber auch l. Amblyopie, mit starker concentrischer Einschränkung des Sehfelds und Perception der Contrastfarben statt der wirklichen, sowie l. Anaesthesie bei Knochenleitung, die während der Dauer des Anfalls sich beobachten liessen, sind geschwunden.

Am 7. 11. nach Emotion, genuiner Anfall von Hysteria gravis (epileptoide Phase, mouvements passionnels, période du délire) durch eine Stunde.

Im unmittelbaren Anschluss an diesen Insult zeigt sich wieder retrograde Aufhebung des Gedächtnisses, zugleich mit universeller Anästhesie und Analgesie.

Pat. setzt sich nach abgelaufenem Anfall ruhig auf, blickt verwundert um sich, ist ganz rathlos, dann ängstlich, fragt: „was ist geschehen? wo bin ich?" Dann (mit steigender Unruhe): „ich bitte Euch, sagt mir was; mein Gott, ich kenne mich nicht aus." Auf Fragen, was sie sei, wie sie heisse, wo sie sich befinde, antwortet sie, sie wisse es nicht.

Ein ihr gereichtes Glas Wasser betrachtet sie verwundert von allen Seiten, fragt, was das sei, hält es gegen das Licht, riecht daran, kostet es und trinkt es dann rasch und befriedigt aus. Ein Stück Brot wird genau besehen, dann misstrauisch weggeworfen, sie wisse nicht was es sei. Aehnlich macht es Pat. mit anderen Gegenständen. Sie betastet z. B. die Wand, kratzt prüfend daran, zieht den Zimmervorhang an sich, riecht und schleckt an demselben. Eine in geschlossener Hand ihr ans Ohr gehaltene Taschenuhr ruft ihr höchstes Erstaunen hervor. Sie horcht da und dorthin, meint, es klopfe Jemand und doch sei Niemand da. Sie kommt aus ihrem ängstlichen Staunen nicht heraus, bittet flehend, ihr doch zu sagen, wo sie sei. Bei fortdauernder Anästhesie zieht man ihr an den Haaren den Kopf gegen

die Brust herunter, ohne dass sie dies bemerkt. Schliesslich wundert sie sich, dass der Kopf heruntergefallen sei und sieht erstaunt nach der Decke empor.

Am 9. 11. wieder Stat. quo ante, mit Amnesie für die ganze Anfallszeit.

Am 11. Anfall gleich wie am 7., aber schwächer. Darnach wieder retrograde Destructio memoriae und allgemeine Anästhesie, aber schon nach 1 Stunde ist kein amnestischer Defect mehr nachzuweisen und die Sensibilität wieder hergestellt.

In der Folge noch leichte Anfälle von Hysteria gravis, aber ohne die destructive Wirkung auf das Gedächtniss. Am 19. 12. 1892 entlassen.

2. Aufnahme vom 23. 7. bis 4. 9. 1893 wegen seit Neujahr 1893 wieder bestehender Hysteria gravis-Anfälle und gelegentlicher hysterischer Dämmerzustände mit Delir, aber ohne retroamnestische Wirkung.

3. Aufenthalt im Spital vom 11. 10. 1893 ab wegen Anfällen von somnambulen Traumzuständen, aber ohne retroamnestische Wirkung.

Bemerkenswerth ist, dass bei all den seit dem 11. 11. 1892 beobachteten Hysteria gravis-Anfällen kein Sensibilitätsdefect nach diesen constatirt werden konnte.

Die interessanteste Frage ist die nach der Natur und Ursache dieser Amnesie. Worauf in früheren Fällen meist nicht geachtet wurde, das tritt in meiner Beobachtung auffallend zu Tage, nämlich die allgemeine Amnesie ist von allgemeiner Anästhesie begleitet und besteht und schwindet mit dieser. Nur Anfälle von Hysteria gravis, welche eine solche Anästhesie hinterlassen, führen zugleich zur Amnesie. Schon Janet (Geisteszustand der Hysterischen p. 95), weist auf gleichzeitigen Verlust der Sensibilität in solchem amnestischem Zustand hin und spricht die Meinung aus, dass die Sensibilität offenbar Einfluss auf das Gedächtniss hat.

Ganz besonders interessant im Sinne dieser Annahme ist folgender Fall von Bourru und Durot („die Veränderungen des Ich's" 1888 p. 123 u. ff.): Ein gew. V. bot 5 verschiedene Ichzustände, jeder durch bestimmte Amnesien und Erinnerungen ausgezeichnet. In jedem dieser 5 Zustände bot er ein besonderes Verhalten der Sensibilität.

Die hysterische destructive Amnesie mag auf Ausfällen der Sensibilität (centrale oder Apperceptionsanästhesie) beruhen (Janet, Hajos, Kauschburg), vermöge welcher das an sie geknüpfte Persönlichkeitsbewusstsein und andere Associationen sich nicht entwickeln können.

Jedenfalls erscheint es nöthig, in künftigen derartigen Fällen das Verhalten der Sensibilität während der Dauer der Amnesie genau festzustellen.

Die Fälle von totaler Amnesie haben viel mit einem psychopathischen Bild gemeinsam, das als primäre acute Dementia post trauma capitis oder als Commotionspsychose nach mechanischem Stock bekannt ist (vgl. m. Lehrbuch d. Psychiatrie, 6. Aufl., p. 537). Hier scheint eine wirkliche, wenn auch nur functionelle Demenz, als Ausdruck einer protrahirten Commotio cerebri zu bestehen, nicht eine durch Anästhesie eventuell gesetzte Hemmung der Gedächtnissfunction (Ausschaltung der Erinnerungsbilder), wenigstens habe ich in 5 derartigen Fällen keine Sensibilitätsdefecte bemerkt.

Wäre es jetzt schon sicher, dass die totale destructive Amnesie der Hysterie eigenthümlich ist, so wäre die differentielle Diagnose nur da zu machen, wo in einem Anfall von Hysteria gravis, oder in einem Aequivalent derselben, ein Trauma capitis stattgefunden hätte.

Unter allen Umständen erscheint es immerhin nicht denkbar, dass eine organische cerebrale Störung eine so allgemeine Amnesie vermittle, wie sie die Hysterie herbeiführen kann. Es ist dies ebensowenig annehmbar, als dass ein Mutismus, der doch ein unbestrittenes Syndrom von hysterischer Bedeutung ist und in einer vollkommenen Ausschaltung des gesammten Sprachgebiets besteht, durch eine organische Erkrankung (Apoplexie, Erweichung) zu Stande käme. Eine solche vermag nur Bilder der Aphasie hervorzurufen.

Vergleicht man die heilbare traumatische Demenz mit dem Zustand, wie ihn eine allgemeine (hysterische) Amnesie bewirkt, so zeigen sich dort nie jene allgemeinen und tiefgehenden Ausfälle im geistigen Besitz wie bei dieser.

Bei jener Commotionspsychose besteht doch vielmehr ein psychischer Torpor, als ein umfassender geistiger Defect, eine Stupidität, als Ausdruck der Summation von gehemmter Function in den verschiedenen Hirnrindenterritorien, wobei zudem eine Verschiedenheit der Intensität und der Dauer der Störung da und dort sich herausstellt. Jedenfalls ist das psychische Gebiet hier nie zur tabula rasa geworden.

Nie erfolgt hier eine plötzliche und allseitige Wiederkehr des früheren geistigen Besitzes, wie nicht selten bei hysterischer Amnesie, besonders nach neuerlichen Anfällen, sondern ein allmäliges und zeitlich verschiedenes Wiedereinsetzen der Function in disparaten Hirnrindengebieten.

Interessant in differentiell diagnostischer Hinsicht, beim Mangel einer den heutigen Anforderungen entsprechenden Krankengeschichte aber

nicht entscheidbar, ist folgender Fall bei Winslow (a. a. O. p. 317). Ein Geistlicher war nach Trauma capitis mehrere Tage lang bewusstlos. Zu sich gekommen, glich er einem intelligenten Kinde, das Alles wieder lernen musste. Nachdem er nach einigen Monaten sein Gedächtniss wieder erlangt hatte, gewann er binnen einigen Wochen seinen gesammten geistigen Besitz zurück.

Prognostisch wichtig wäre immerhin die differentielle Diagnose von allgemeiner Amnesie (hysterischer) und Commotionspsychose, denn bei ersterer hat man bisher immer Schwinden des Gebrechens beobachtet, bei letzterer als Ausgang nicht selten Schwachsinn.

IX.

MEINEID. HYSTERISMUS. BEHAUPTETE AMNESIE UND UNZURECHNUNGSFAEHIGKEIT.[1]

1) Jahrbücher für Psychiatrie XIII. Bd. Heft 2 u. 3



Meineid. Hysterismus. Behauptete Amnesie und Unzurechnungsfähigkeit.

Ergebnisse aus den Untersuchungsacten.

Anfang Juli 1892 schloss die 30 Jahre alte, ledige, bei ihrer Freundin, einer Hausbesitzerin in Graz, lebende J. in Vertretung dieser, einen mündlichen Miethvertrag mit einem gewissen K. und dessen Ehefrau.

Eine Hauptbedingung war, dass die gemiethete Wohnung als „rein von Wanzen und trocken“ garantirt werde, welche Garantie die Vermietherin leistete.

Bei einer Besichtigung der gemietheten Wohnung am 15. Juli 1892 fanden sie die Miether voller Wanzen, erklärten die Vertragsbedingungen nicht erfüllt und verlangten Rückerstattung ihres Haftgeldes. Dies wurde verweigert.

Es kam zum Process. Am 3. September 1892 leistete die J. einen Eid: „es ist nicht wahr, dass K. die Bedingung stellte, die Wohnung müsse frei von Ungeziefer sein“. Darauf beschuldigten die K.'s die J. des Meineides. In der durchgeführten Untersuchung und Verhandlung (27. Januar 1893) gegen die J. weiss diese die kleinsten Details bezüglich der Vorgänge am 15. Juli 1892, erinnert sich bestimmt daran, dass bei der Miethangelegenheit von Ungeziefer nicht die Rede war. Die K.'s und zwei Ohrenzeugen des Miethvertrages erklären unter Eid das Gegentheil. Die J. wird zu 2 Monaten Kerker verurtheilt. Nachdem eine auf processuale Gründe gestützte Nichtigkeitsbeschwerde vom obersten Gerichtshof verworfen worden war, machte der Vertheidiger verschiedene Thatsachen aus der Lebensgeschichte seiner

Clientin geltend, die nach seiner Ansicht zu Zweifeln an ihrer geistigen Gesundheit berechtigten, producirte ärztliche Zeugnisse (s. u.) nach denen ihre Erinnerungsfähigkeit fraglich sei und beantragte Untersuchung des Geisteszustandes und Wiederaufnahme des Verfahrens.

Das gerichtsärztliche Gutachten vom Juni 1893 constatirt zwar Hysterismus, findet aber keine Anhaltspunkte für Störungen der Erinnerung, plötzliche Gedächtnissdefecte u. s. w. Das Gesuch des Vertheidigers wird nun abschlägig beschieden. Diese Misserfolge führen zu bedeutender Verschlimmerung der hysterischen Neurose, sodass Spitalbehandlung nothwendig wird.

In einem neuerlichen Gutachten vom 1. November verbleiben die Gerichtsärzte bei ihrer früheren Beurtheilung. Wegen Wichtigkeit und Schwierigkeit des Falles beschliesst der Gerichtshof die Einholung eines Facultätsgutachtens.

Facultätsgutachten.

Um zur Klarheit über die geistige Verfassung der wegen Meineides verurtheilten J. zu gelangen, erscheint es nothwendig, ihr früheres körperliches und seelisches Verhalten an der Hand der in den Acten enthaltenen Thatsachen festzustellen.

Mit Rücksicht auf die der Facultät zur Entscheidung vorgelegte Frage nach dem Geisteszustande der J. zur Zeit der Eidesleistung, dürfte es zweckdienlich sein, die Lebensperiode bis zur Verhängung der Untersuchung und von da ab bis zur Entlassung aus dem Spital zu unterscheiden.

I. Der Zeitabschnitt bis zur Verhängung der Untersuchung.

Dr. M. schildert in einer wissenschaftlichen Arbeit „über Arsenlähmungen" seine frühere Clientin als von gesunden Eltern abstammend, jedoch soll des Vaters Mutter im Alter verblödet und die mütterliche Grossmutter Schnapstrinkerin gewesen sein. Mit 8 Jahren machte die J. einen Kopftyphus durch. Zeugin Z., welche die J. seit ihrem 7. Jahre kennt und mit ihr in gemeinsamem Haushalt seit 1888 lebt, berichtet, dass ihre Freundin mit etwa 17 Jahren gemüthsleidend war, aus Kummer, dass ihre Hoffnung auf eine grosse Erbschaft plötzlich zunichte wurde.

1888 sei die J. aus Schreck bei einem Gewitter mehrere Tage bewusstlos gewesen.

Auch M. erwähnt, dass die J. nach dem 18. Jahre verschiedene nervöse Symptome bot, 1889 nach heftigem Schreck sehr aufgeregt war, sodass eine Psychose befürchtet wurde. Dies trat nicht ein, aber die J. blieb sehr nervös, litt oft an Kopfweh, Appetitlosigkeit und Uebelkeiten.

Vom August 1890 ab kränkelte sie an chronischer Arsenvergiftung, bekam von Mitte September 1890 ab eine sehr schwere toxische multiple Arsenneuritis, auf deren Höhe auch die Psyche mit ergriffen war. Patientin bot erschwertes Denkvermögen, geschwächte Erinnerungsfähigkeit, erkannte die Umgebung erst nach längerem Nachdenken, bot sogar im October ein kurzes Inanitionsdelir. Mitte November verlor sich der augenscheinlich auf Erschöpfung (Inanition) des Nervensystems beruhende psychische Schwächezustand. Sie genas völlig, auch von ihrer multiplen Nervenentzündung, gegen Weihnacht 1890.

Dr. M. sah seine Patientin vier Wochen später, war erstaunt über ihr prächtiges Aussehen. „So frisch, voll, blühend“ hatte er sie nie zuvor gesehen.

Mit dieser Darstellung contrastirt die Aussage der Zeugin L., wonach die J. seit der Arsenvergiftung sehr schlechtes Gedächtniss hatte, zeitweise Bekannte nicht erkannte, an Schwindelanfällen litt, auch misstrauisch, gelegentlich ganz grundlos eigensinnig war. Gleichwohl vertraute ihr die L. die Administration ihres Hauses an und gestattete ihr den Abschluss von Miethverträgen!

Dr. M. attestirt am 25. März 1893, dass er die J. im Frühjahr und Sommer 1892 bis in den Herbst hinein nicht mehr so körperlich und geistig frisch fand, wie vor 1890.

Er fand damals wiederholt ihr Auffassungsvermögen vermindert, sie folgte dem Gespräch nicht mit gewohntem Interesse und der Gedankenablauf erschien träger; das Gedächtniss war nicht intact, sie erinnerte sich zuweilen auffallend langsam und zeigte dabei auffällige nervöse Reizbarkeit. Er erklärt sich diese Anomalie, abgesehen von erblicher Belastung und überstandener Nervenkrankheit, aus bestehendem, zuweilen fieberhaftem Lungenspitzenkatarrh und Blutarmuth.

Als die J. im Juli 1892 mit den K.'s verhandelte und am 3. September 1892 einen Eid leistete, ebenso als sie am 2. November gerichtlich vernommen und am 27. Februar 1893 mit ihr die Hauptverhandlung durchgeführt wurde, erschien sie niemand psychisch auffällig und theilte auch nichts von Krankheit und speciell Gedächtnissschwäche mit.

Sie erinnerte sich aller Details ihrer Rencontres mit den K.'schen,

ausgenommen die einzige, Gegenstand der Recriminationen bildende Bedingung des Miethvertrages und wies darauf hin, dass die Angaben der Centrazeugen schon deshalb nicht wahr sein könnten, weil es bei ihr nicht üblich sei, bedingte Miethverträge abzuschliessen.

Am 27. Februar 1894 erklärt sie, dass, wenn K. eine Bedingung gestellt hätte, sie ihn hinausgeworfen haben würde. Zeuge L. bestätigt auch, dass, als er als Miether einmal eine Bedingung stellen wollte, sie ihn schroff abwies.

Die J. vertheidigt sich geschickt, logisch und consequent vor Gericht, sucht die Glaubwürdigkeit der Zeugen zu verdächtigen und erhebt schliesslich Einsprache gegen das Verfahren.

Versucht man die bisherige geistige und körperliche Persönlichkeit zu beurtheilen, so kann darüber kein Zweifel bestehen, dass die nach dem Befund der Gerichtsärzte gracile, schwächliche, neuropathische J. ein belastetes Individuum ist. Eine Reihe von abnormen Reactionserscheinungen ihres Nervensystems in früherer Zeit sind Beweise dafür, dass diese Belastung eine sehr erhebliche ist und vorübergehend schon das Bild wirklicher Nervenkrankheit (Hysterie) erreichte. Die schwere Arsenvergiftung, an welcher die J. von August bis Ende 1890 litt, war geeignet, die neuropathische Conetitution noch mehr zu erschüttern und Pat. noch empfindlicher gegen Schädlichkeiten zu machen. Da aber Dr. M. im Januar 1891 blühende Gesundheit constatirte und erfahrungsgemäss eine vorübergehende Schädlichkeit, wie sie die Arsenvergiftung darstellte, keine dauernden Folgen im Sinne einer Zerrüttung der geistigen Functionen hinterlässt, kann diese episodische Krankheit nur in obigem Sinne, als Verstärkung der neuropathischen Belastung, in Betracht kommen.

Dass die J. zur Zeit, als sie den Miethvertrag schloss und den Eid leistete, weder mit einer Geisteskrankheit noch mit einer Sinnesverwirrung, wie sie im § 2 des Oesterr. Strafgesetzbuches erwähnt ist, behaftet war, lässt sich bestimmt annehmen. Damit ist aber die gestellte Frage noch lange nicht erledigt, denn bei gewissen Nervenkrankheiten, wie z. B. Neurasthenie und Hysterie, sind auch elementare Störungen des Seelenlebens, z. B. Erinnerungsschwäche und Erinnerungstäuschungen möglich, die im concreten Falle, d. h. mit Bezug auf das Delict, schwer ins Gewicht fallen müssten und überdies, als wiederholt bei der J. beobachtet, von Dr. M. attestirt wurden. Ueberdies werden analoge Beobachtungen von der Zeugin L. mitgetheilt.

Bei aller dadurch gebotenen Vorsicht, erscheint die Gedächtnissschwäche der J. anlässlich ihrer eidlichen Aussage, in eigenthümlichem Licht.

Während man bei Nervenkranken, namentlich Neurasthenischen, jederzeit auf Erinnerungsdefecte für Erlebnisse, namentlich unbedeutende, gefasst sein muss und bei Hysterischen überdies Erinnerungstäuschungen, d. h. falsche und vielfach von der Phantasie entstellte Reproductionen von Erlebnissen zur Beobachtung gelangen, erscheint es unfassbar, wie aus einer zusammenhängenden und durch Associationen geknüpften Reihe von vollkommen treu reproducirten Erlebnissen gerade ein einziges Glied der ganzen Reihe nicht erinnert werden soll.

Eine solche partielle Amnesie wäre noch erklärbar, wenn ein ganz zufälliges, gar nicht zur Sache gehöriges und damit bedeutungsloses, gleichzeitig erlebtes Ereigniss nicht erinnerbar wäre, aber die incriminirte angebliche Erinnerungslücke enthält geradezu den wichtigsten, den Vermiether belastenden Theil des ganzen Miethvertrages, nicht einen nebensächlichen Umstand, und die von K. gestellte und von ihm und anderen Zeugen beschworene Bedingung war nach den eigenen Angaben der J. eine so ungewöhnliche und unannehmbare, dass, wenn dieselbe wirklich gestellt worden wäre, die J. den Contrahenten unbedingt „hinausgeworfen" hätte.

Nach allgemeinen empirischen Reproductionsgesetzen werden aber gerade Begebenheiten am leichtesten erinnert, die ungewöhnlich sind und eine Gemüthsbewegung, während sie erlebt wurden, hervorriefen. Dies hätte nach den Angaben der J. nothwendig der Fall sein müssen, und gleichwohl vermag sie sich dieser Episode nicht zu erinnern.

Eine weitere Erfahrung lautet dahin, dass selbst in Verlust gerathene Erinnerungen wieder erweckt zu werden pflegen, wenn ihre Erinnerung aufgefrischt wird, namentlich indem Nebenumstände erwähnt und dadurch die ursprünglichen Associationen wieder angeregt werden. Dazu war während der Recriminationen der K. und in der der Eidesleistung vorausgehenden Verhandlung vom 3. September 1892 reichlich Gelegenheit geboten. Gleichwohl besteht diese isolirte Erinnerungslücke der J. fort.

Die J. behauptet zudem nicht einfach, dass sie sich an die Bedingung der K. nicht erinnern könne, sondern sie schwört positiv, dass eine solche Bedingung gar nicht gestellt worden sei. Es ist ein grosser Unterschied, ob jemand erklärt, er könne sich an eine Begebenheit nicht erinnern oder ob er positiv angiebt, dieselbe habe nie stattgefunden. Damit liegt implicite die Erklärung: Mein Gedächtniss ist gut, ich kann mich auf dasselbe selbst angesichts eines zu leistenden Eides verlassen. Thatsächlich entdecken Angeklagte, Freundschaft derselben und Vertheidiger erst nachdem der Process verloren ist, das schlechte Gedächtniss der J., von welchem weder während der Ver-

handlungen vor Gericht noch hinsichtlich der Informationen, welche die J. ihrem Vertheidiger giebt, sich Spuren erkennen lassen.

Die J. stellt stellt sich mit ihrer obigen assertorischen Behauptung in Widerspruch zur Erfahrung an wirklich gedächtnisschwachen Personen (Neurasthenische, Hysterische, Geistesschwache, Greise u. s. w.), welche, im Bewusstsein der Unverlässlichkeit ihres Gedächtnisses, einfach erklären, sich an das und jenes nicht erinnern zu können, etwaige Erinnerungsspuren aufzufassen bemüht sind, keineswegs aber erklären, die Begebenheit erlebt zu haben. So spricht und urtheilt nur der, welcher ein gutes Gedächtniss und Gewissen hat.

Die partielle Erinnerungslosigkeit der J. am 15. Juli 1892 und am 3. September 1892 entbehrt damit jeder medicinisch-psychologischen Unterlage und ist wissenschaftlich nicht annehmbar.

Allerdings lässt sich nach den Depositionen des Arztes M. nicht bezweifeln, dass die J. schon im Sommer 1892 nervenkrank war, geistig leicht erschöpfbar, im Gedächtniss nicht intact, aber eine *continuirliche* geistige Schwäche ist damit nicht constatirt und die elementaren psychischen Störungen überschreiten nicht den Rahmen der durch körperliches Leiden (Anämie, Lungenspitzenkatarrh) vermittelten reizbaren Schwäche (Neurasthenie) bei einer belasteten Persönlichkeit. Die Entwickelung der hysterischen Nervenkrankheit und ihre Steigerung zur psychischen Erkrankung datirt aber aus späterer Zeit.

Unter allen Umständen wird durch die von M. beigebrachten Umstände die medicinisch-psychologische Beweisführung gegen die von der J. behauptete partielle Amnesie nicht erschüttert.

II. Der Geisteszustand der J. von der Verurtheilung bis zur Entlassung aus dem Spital.

Wie nicht anders zu erwarten war, entwickelte sich unter den Aufregungen und Sorgen, welche der Strafprocess und die Verurtheilung mit sich brachten, bei der belasteten, durch frühere und neuerliche Krankheit noch mehr disponirten, schon lange nervenkranken Persönlichkeit die Krankheit weiter.

Dr. M. attestirt, dass er die J. vom 10. December 1892 ab drei Monate behandelt hat. Sie litt an Bronchialkatarrh, hochgradiger Nervosität und Schlaflosigkeit. Zuweilen hatte sie auch heftige Kopfschmerzen und auffallende Gedächtnissschwäche.

Bei einer späteren Vernehmung ergänzt M. seine Aussagen dahin, dass die J. in hohem Grade hysterisch war, d. h. sie hatte Nervenschmerzen, ihre Gemüthsstimmung wechselte sehr oft ganz unmotivirt.

Die Z. berichtete dem Arzt von gelegentlichen Krampfanfällen und deponirte, als Zeugin einvernommen, dass ihre Freundin schon zur Zeit des Processes auf Vorladungen vergass, sodass sie daran gemahnt werden musste. Aus dem Befund der Gerichtsärzte vom 20. Juni 1893 ergiebt sich deutlich das Bild einer hysterischen Neurose, mit allen Uebertreibungen, welche dieser Krankheit eigenthümlich sind.

Als Pat. bemerkt, dass sie auf die Gerichtsärzte einen ungünstigen Eindruck macht und manche ihrer Aeusserungen, z. B. sie habe die Erinnerung an die Miethaffaire und an die Gerichtsverhandlungen verloren, ungläubig aufgenommen werden, geräth sie in wachsende Erregung, sodass die erfahrenen Aerzte von einer weiteren Exploration absehen und sie entlassen.

Im Hôtel bricht ein hysterischer Krampfanfall aus, der von Prof. v. W. bestätigt wird und temporäre Amnesie für die dem Anfall vorausgehenden Begebenheiten hinterlässt, wie dies oft bei hysterischen Krampfanfällen zu beobachten ist.

Pat. kommt nun auf die Nervenklinik des Grazer allgemeinen Krankenhauses und verfällt in Geistesschwäche, die, nebst Gedächtnisslosigkeit, noch am 6. September 1893 von Prof. v. W. constatirt wird.

Im Einklang mit den Darlegungen dieses Fachmannes lässt sich dieser abnorme Geisteszustand, wie er bis Anfang September 1893 von den Aerzten der Nervenklinik beobachtet und geschildert wurde, als hysterische Geistesstörung bezeichnen. Ueber den seitherigen Verlauf der Krankheit fehlt es an Mittheilungen, sodass der gegenwärtige Zustand und die Frage der Heilbarkeit einer Beurtheilung sich entziehen.



X.

HYSTERIA GRAVIS.



Hysteria gravis.

Oophorectomia sinistra 1889 mit gutem Erfolg. Recidive. Castration 1892. Dauernde Genesung.

Ein Beitrag zur Castrationsfrage bei Hysteria gravis und zur differentiellen Diagnose organischer und functioneller Erkrankung vermittelst Hypnose.

Am 7. 7. 1888 erschien in meiner Sprechstunde eines Nervenleidens wegen Frl. M. Z., 19 Jahre, Ungarin, in Begleitung ihrer Angehörigen.

Der Vater ist gesund, einer seiner Brüder leidet an Tabes, ein anderer ist psychisch krank.

Die Mutter ist nervös. Sonst liess sich in der Familie nichts Belastendes ermitteln.

Pat., normal geboren, hat, ausser Scarlatina mit 9 Jahren, keine schweren Krankheiten durchgemacht, grosse intellectuelle Begabung gezeigt, ohne Beschwerden mit 14 Jahren ihre Menses bekommen. Vom 15. Jahre ab war sie chlorotisch, litt viel an Cardialgie, Erbrechen, kam körperlich dadurch herunter.

Mit 17 Jahren, nach einer Gemüthsbewegung, traten Lethargusanfälle auf, die bei der geringsten Emotion, namentlich aber menstrual sich wiederholten und, trotz Wasserkuren, immer häufiger und protrahirter wiederkehrten. Intervallär grosse Reizbarkeit, Emotivität. Eine von einem hervorragenden Gynäcologen in Chloroformnarcose unternommene innere Untersuchung constatirte negativen Befund.

Als eines Tages der 17½jährigen Tochter der Vater von der Behandlung in einer Heilanstalt sprach, reagirte diese darauf mit Hysteria gravis (epileptoide Phase, grands mouvements). Die Anfälle dauerten, mit kurzen Intervallen, durch 4 Wochen fort (stat. hystericus), während

welcher Zeit es nur durch Morphiuminjection möglich war, temporär Ruhe zu verschaffen und Nahrung zuzuführen.

Schon nach dem 1. Anfall hatte sich eine Streckcontractur in der linken Ober- und Unterextremität entwickelt. Die Anfälle kehrten, trotz fortgesetztem Morphiumgebrauch, anfangs stündlich, dann mehrmals im Tage wieder.

Der Hausarzt versuchte nun Hypnose, erzielte durch blosses Anblicken und Suggestion tiefes Engourdissement, vermochte die Contractur der l. OE. sofort zu beheben, die Anfälle auf einen binnen 2 Tagen zu beschränken, war aber machtlos gegenüber der Dauercontractur in der l. UE., die nach seiner Meinung mit einer l. Ovarie in Beziehung stand.

Diese, sowie Contractur und Anfälle veranlassten die Familie, meinen Rath einzuholen.

Stat. praes. vom 8. 7. 1888.

Mittelgrosse, zarte, leicht anämische, in der Ernährung herabgekommene Persönlichkeit. Vegetative Organe ohne Befund, Urin frei von Albumen und Zucker.

Sensibilität und Sinnesorgane auf r. Körperhälfte, bis auf geringe conc. Sehfeldeinschränkung normal.

Die Sensibilität l. in allen Qualitäten von den Zehen bis zum oberen Drittel des l. Unterschenkels aufgehoben, von da bis über dem Kniegelenk, ringförmig abschneidend, erhalten, weiter aufwärts auf der ganzen l. Körperhälfte herabgesetzt.

L. Amblyopie, Dyschromatopsie, bedeutende conc. Sehfeldeinschränkung. Hypakusie, auch Geruch und Geschmack sehr herabgesetzt.

L. aufgehobener Scleral-, Gaumen-, Rachen-, Nasenreflex. Spinalirritation, l. Ovarie, epigastrische Myodynie, klassische hysterische Streckcontractur der l. UE. Grosse Emotivität, Verstimmung, sehr gestörter Schlaf.

Pat. tritt am 10. 7. in meine Behandlung ein (Nervenklinik).

Am 13. 7. erscheinen die Menses, zugleich mit heftiger Exacerbation der l. Ovarie und sofort sich anreihendem Anfall — kurze epileptoide Phase, dann Lethargus mit allgemeiner Muskelstarre (Katochus), auf starke Compression des l. Ovariums behebbar. Nach Aufhören dieser sofort wieder Lethargus, anscheinend mit Aufhebung des Bewusstseins.

Der Lethargus dauert durch die ganze menstruelle Phase an, ist nur vorübergehend durch Morphiuminjection zu beseitigen. Episodisch, aber zuweilen durch viele Stunden, complicirt er sich mit allgemeiner Contractur (Starrkrampf); dem Eintreten dieser geht jeweils eine kurze epileptoide Phase voraus.

Nach Aufhören der Menses und Cessiren des Anfalls Versuch

einer hypnotischen Behandlung, die nach Bernheim'scher Methode, besser durch Stirnstreichen, bis zu Engourdissement gelingt und am 21. schon sich bis zu Somnambulismus vertiefen lässt. Die ersten Tage löst der Hypnoseversuch jeweils Katochusanfälle aus, später nicht mehr. Die Anfälle werden milder, seltener, Morphin wird entbehrlich. Bedeutende Besserung des Schlafes, Gewichtszunahme, Vertrauen in die Zukunft und gute Stimmung, unter hypnotischer Suggestion, dass Schmerz und Anfälle schwinden werden und Genesung nur noch eine Frage der Zeit sei, werden erzielt. Ganz refractär gegen hypnotische Behandlung erwiesen sich aber l. Ovarie, Katochusanfälle und Contractur der l. UE. Die letztere lässt sich temporär durch centripetales Streichen am Fusse lösen. Centrifugales Streichen befördert ihr Wiedereintreten. Deutliche Diathèse de contracture an l. UE.

Leidlich gutes Befinden in der Folge, aber die Zeit der Menses ruft jeweils, unter Exacerbation der l. Ovarie, die Katochusanfälle wieder hervor, während sie intervallär selten und nur auf Gelegenheitsursachen (Ovarie, Emotion, besonders durch Lärm im Hause, der die r. acustisch sehr hyperästhetische Pat. empfindlich afficirt, sich einstellen.

Vom August ab zeigt sich sozusagen eine Dissociation der anscheinend combinirten Krampferscheinungen. Pat. hat nun „leichte" Anfälle (blosser Lethargus), die hypnotischer Suggestion vollkommen zugänglich sind, von der Pat. unterdrückbar („ich darf nicht, ich will nicht") sind und vollständig zum Schwinden gebracht werden — neben „schweren" Anfällen (Lethargus + allgemeine Contractur = Katochus), die jeweils durch Exacerbation der Ovarie, sicher durch den menstrualen Vorgang ausgelöst werden, sich dem Willen der Pat. und auch der Suggestivbehandlung gegenüber vollkommen refractär verhalten, also vermuthlich durch organischen Reiz ausgelöst sind.

Eine unter dieser Voraussetzung wiederholt angebrachte Paquelinisirung an der Stelle des l. Ovariums, consequente galvanische Anodenbehandlung daselbst, unterstützt durch Antipyrininjectionen, bessert dagegen auffallend die „Ovarie", damit die Katochusanfälle und die Contractur der l. UE. Diese stellt sich Oct. 1888 nur mehr anlässlich heftiger Exacerbationen der l. Ovarie ein. Vom November ab gehen auch die Menses ohne Katochusanfälle vorüber, während die von blossem Lethargus schon längst beherrschbar geworden sind.

Am 16. 1. 1889 wird dem Heimweh der Pat. Rechnung getragen und sie entlassen.

Der Status bei der Entlassung ergiebt: l. Amblyopie, bedeutende conc. Sehfeldeinschränkung, partielle Dyschromatopsie, l. Anaesthesie,

Anosmie, Ageusie, dissociirte Empfindungslähmung für Tast- und Temperatursinn, bei bloss herabgesetztem Schmerzsinn, auf der ganzen l. Körperhälfte bis auf einige sensible Inseln, Amyosthenie in l. OE. und UE., hochgesteigerte tiefe Reflexe in l. UE. bis zu Fussclonus, l. fehlende Scleral-, Gaumen-, Rachenreflexe, leichte Rigidität in l. Hüft- und Kniegelenk, minimale Empfindlichkeit in der l. Ovarialgegend. Zwei Monate nach der Entlassung befand sich Pat. wohl zu Hause.

Dann stellte sich die l. Ovarie wieder ein, mit ihr die Contractur der l. UE. und seit April 1889 die Anfälle.

Am 9. 5. 1889 kehrte Pat. in meine Behandlung zurück. Status diesmal wie bei der Entlassung, jedoch verallgemeinerte Diathèse de contracture.

Bei neuen Hypnoseversuchen Rigidität in allen Extremitäten, die aber suggestiv sofort zu beseitigen ist, bis auf die Dauercontractur im l. Bein. Diese ist refractär, gleichwie l. Ovarie- und Katochusanfälle.

Dieselbe Behandlung wie das erstemal. Lethargusanfälle werden noch beseitigt. Die Localbehandlung (Paquelin, Galvanisation, Antipyrin) leistet immer weniger, die Ovarie und die offenbar von ihr abhängigen Katochusanfälle und die l. Contractur treten immer mehr in den Vordergrund, nöthigen zu immer grösseren Morphiuminjectionen.

Unter diesen Umständen musste sich die Ueberzeugung aufdrängen, dass jene Trias von Symptomen nicht functionell, sondern organisch (chronische Oophoritis?) vermittelt sei. Die Möglichkeit der Nothwendigkeit einer l. Ovariectomie wurde den Eltern und der Pat. klargelegt und von den vertrauensvollen und vernünftigen Betheiligten die eventuelle Erlaubniss zur Vornahme einer solchen Operation ertheilt.

Die Neurotherapie, speciell die Hypnotik hatte sich ungenügend erwiesen. Res venit ad Gynaecologum.

Herr Prof. Börner in Graz machte am 24. 6. 1889 folgenden Befund in Hypnose: Vaginalportion hochstehend, in der Kreuzbeinhöhlung; Muttermund etwas klaffend, Corpus uteri nach rechts gezogen, deutlich anteflectirt, von normaler Grösse.

Rechtes ligam. latum verkürzt, weniger dehnbar und druckempfindlich. Rechtes ligam. sacrouterinum verkürzt, etwas dick, druckempfindlich. (Abgelaufene Parametritis dextra et posterior.)

Linke Douglas'sche Falte normal, linkes ligam. latum etwas gedehnt, sonst normal.

Gegen den Douglas'schen Raum emporgehend, zwischen den ligam.

sacrouterina, ein anscheinend dem normalen Ovarium entsprechender beweglicher, höchst druckempfindlicher Körper (r. Ovarium); nach links davon, durch das l. Scheidengewölbe das l. Ovarium an normaler Stelle tastbar. Bei dessen Berührung wird sofort ein (Katochus-) Anfall ausgelöst. Grobe Veränderungen an den Ovarien sind nicht zu constatiren, aber das l. Ovarium ist viel schmerzhafter, als das r. Druck löst sofort zum 2. Mal einen Anfall aus."

Am 4. 7. 1889 Laparotomie durch Hrn. Prof. Biener: „Linkes Ovarium in geringem Grade kleincystisch entartet aussehend und etwas vergrössert, wird zusammen mit dem abdominalen Ende der Tube in 2 Parthien unterbunden und abgetragen. Stiel versenkt.

Rechtes Ovarium, im Douglas adhärent, und in die Bauchwunde gebracht, erweist sich anscheinend normal und wird reponirt."

Befund am exstirpirten l. Ovarium (Prof. Eppinger): „Folliculitis haemorrhagica chronica."

Der Verlauf der Operation und die Heilung liessen chirurgisch nichts zu wünschen übrig.

Gleich nach der Operation hatten sich noch 3 kurze Katochusanfälle gezeigt. Zugleich mit der Entfernung des l. Ovariums war die „Ovarie" sowie die Contractur der l. UE. geschwunden und kehrte nicht wieder.

Eine unangenehme, aber bei dem Fehlen jeglicher Temperatursteigerung gefahrlose Erscheinung war eine den ganzen Heilverlauf bis Mitte Juli begleitende, offenbar hysterotraumatische diffuse Hyperalgesie und hochgradige Schmerzhaftigkeit des ganzen Abdomen, wegegen, des glatten Wundverlaufs wegen, Morphininjectionen nöthig waren. Diese Hyperästhesie der Bauchdecken verlor sich bis zum 16. 7.

Pat. reiste im Gefühl völliger Gesundheit Anfang August 1889 heim, aber bei der Entlassung bestanden die vor der Operation constatirten Ausfälle der Sensibilität und Sinnesempfindung links unverändert fort.

Bis Ende April 1891 erfreute sich Frl. Z. des besten Wohlseins. Sie besuchte sogar Bälle, man gedachte sie zu verheirathen. Da verspürte sie nach dem Heben einer Last einen heftigen Schmerz in der Gegend der früheren Ovarie, fieberte etwas, wurde schlaflos, verstört, appetitlos, litt viel an Erbrechen, kam rasch körperlich herunter. Der Hausarzt sprach von Entzündung der l. breiten Mutterbänder und versuchte Antiphlogose ohne Erfolg.

Eine Consultation mit einem hervorragenden Gynäkologen kam zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Entzündungsprocesses in den Adnexen (Salpingitis?). Die verordneten Ichthyoltampons waren ohne Erfolg. Man musste wieder zu Morphininjectionen greifen. Im Sep-

tember 1891 stellten sich wieder Katochusanfälle ein und kehrten, bis zu mehreren täglich, wieder. Pat. war schlaflos, wenn sie nicht Chloral bekam. Gegen Schmerzen und Anfälle erwiesen sich nur Morphiuminjectionen erfolgreich.

Anfang Februar 1892 kam Pat. zu mir nach Wien — äusserst herabgekommen, anämisch, über furchtbare Schmerzen klagend. Berührung der linken Ovarialgegend ruft sofort Katochus hervor; auch im Anschluss an heftige Schmerzen daselbst treten im Tage mindestens 3—4 Anfälle auf. Dieselben dauern so lange, oft durch Stunden, bis eine Morphiuminjection gemacht wird.

Die dringend verlangte Hypnose erweist sich quoad Eintritt und Intensität der Schmerzen und der Anfälle ganz wirkungslos, sodass nur Morphium, mit dem allmälig bis zu 0.18 pro die gestiegen werden muss, den Zustand erträglich macht.

In den Anfällen ist das Bewusstsein aufgehoben. Nach dem Erwachen besteht jeweils Klage über heftigen diffusen Kopfschmerz.

Die Diagnose der Gynäcologen lautet unbestimmt; Hydrosalpinx oder Neubildung wird vermuthet. Die wiederholte Sensibilitätsprüfung ergiebt folgenden constanten Befund:

L. Hemianästhesie, mit Ausnahme der behaarten Kopfhaut, des Halses, Nackens, der Innenseite des Oberarms und des Abdomens.

Passive Bewegungen der Finger und Zehen werden als Berührung, solche im Kniegelenk gar nicht empfunden.

L. Conjunctiva, Nasen-, Lippenhälfte, Mundschleimhaut anästhetisch. L. Anosmie und Ageusie. L. Gesichtsfeld stark concentrisch eingeschränkt, l. Farbenblindheit. Mit verbundenem r. Auge vermag Pat. nicht umherzugehen, ohne an Gegenstände anzustossen.

Am 27. 2. 1892 machte Herr Prof. Schauta die Laparotomie.

Der mir gütigst zur Verfügung gestellte Befund lautete:

„Nach Eröffnung der Bauchhöhle an den linken Adnexa, wo das Ovarium fehlt, mehrere Darmadhäsionen in der Gegend des entfernten l. Ovars, die stumpf leicht gelöst werden. Die Tube normal, wird ligirt und abgetrennt. Die r. Adnexa in Pseudomembranen im Becken adhärent, werden stumpf losgeschält und vorgezogen. Ovarium mit mehreren kleinen Cystchen durchsetzt, wird sammt Tube 2 Mal ligirt und abgeschnitten."

Nach der Operation waren die Anfälle und das Morphiumbedürfniss unverändert. Schon in den folgenden Tagen werden die Anfälle schwächer, seltener (3—4 pro die), beschränken sich, trotz successiver Verminderung der Morphiumdosen, auf 1 täglich. Seit 4. 4. kein Anfall mehr. Nun gelingt die Morphiumentziehung rasch.

Der Heilungsverlauf der Wunde war ein glatter gewesen.

Mitte April wurde Pat. genesen entlassen. Die Sensibilitätsprüfung ergab beim Austritt unveränderte Verhältnisse.

Die in den folgenden Monaten eintreffenden Nachrichten besagten, dass Pat. häufig an Kopfschmerz, Congestionen, Hitzegefühl, Herzklopfen, Beklemmungen, Reizbarkeit leide. Diese grossentheils mit dem Klimax artificialis zusammenhängenden Beschwerden, gegen welche Brom und Antipyrin gute Dienste leisteten, verloren sich bis zum October 1892.

Frl. Z. erfreute sich seither, wie ich mich selbst anlässlich ihrer Besuche überzeugen konnte, des besten Wohlseins und sah blühend aus.

Noch im Lauf des Spätherbstes 1895 constatirte ich jedoch in der l. UE. leichte Amyosthenie und etwas herabgesetzte Sensibilität für Tast- und thermische Eindrücke.

Genitale Blutungen sind seit der letzten Operation nie mehr aufgetreten. Seither habe ich meine frühere Patientin nicht mehr gesehen (s. u.). Aus gelegentlichen Briefen derselben (zuletzt Sommer 1897) geht hervor, dass dieselbe sich vollkommen wohl befindet.

Epikrise: Der vorstehende Fall scheint mir für den Neurologen wie den Gynäkologen gleich interessant und geeignet, als Baustein für eine zu schaffende Indicationslehre operativer Behandlung der Hysteria gravis zu dienen.

Es handelte sich hier um ein complicirtes Nervenleiden, das bei einer augenscheinlich hereditär Belasteten in Folge eines psychischen Shoks, entstanden schien und nach einer halbjährigen Dauer, durch eine weitere heftigere Gemüthsbewegung eine bedeutende Verschlimmerung erfahren hatte.

In dem reichen Symptomendetail des Krankheitsbildes erscheinen Anfang- Symptome (Lethargusanfälle u. s. w.), die einer psychischen und medicamentösen Therapie sich zugänglich erweisen.

Bald aber stellt sich eine Trias von Erscheinungen (Dauercontractur der l. UE., Katochusanfälle, l. Ovarie) ein, die einer solchen Therapie gegenüber gänzlich refractär bleibt, menstrual jeweils exacerbirt. Contractur und Katochuszustände erscheinen in Zusammenhang mit der Ovarie, indem sie jeweils durch Exacerbation dieser mit hervorgerufen oder, wenn vorhanden, gesteigert werden.

Nur Anfangs gelingt es, nach örtlicher Behandlung der Ovarie, diese Symptome zurücktreten zu lassen. Den Anstoss zu Zweifeln an einer bloss functionellen Begründung jener Symptome giebt der Misserfolg der suggestiven Therapie, der bei der sonst doch schrankenlos belehrbar- und beeinflussbaren Pat. höchst auffällig sein musste.

Die gynäkologische Untersuchung ergab einen negativen Befund hinsichtlich anatomischer Veränderungen am l. Ovarium und konnte keine Ermuthigung zur operativen Entfernung dieses Organs geben. Immerhin bestärkte die Exploration wenigstens die klinische Annahme, dass jene Symptome reflectorisch ausgelöst waren, insofern Druck auf das überaus empfindliche Ovarium Katochusanfälle auslöste.

Die Operation, welche auf Andrängen des Klinikers unternommen wurde, bestätigte diese Annahme und erfüllte vollkommen die auf sie gesetzten Hoffnungen.

Unverhältnissmässig gering waren indessen die anatomischen Veränderungen in dem exstirpirten Ovarium. Lässt doch Nagel (Archiv f. Gynäkologie, Bd. 31, H. 3) nur die chronisch interstitielle Oophoritis als eine solche gelten, während er die sog. chronische folliculäre oder kleincystische Degeneration als einen noch physiologischen Zustand ansieht, im Widerspruch mit Petitpierre (ebenda 35, H. 4), der ihn für pathologisch hält.

Eine solche Frage mitentscheiden zu wollen, kommt dem Neurologen nicht zu. Von grosser Bedeutung ist für ihn die Thatsache, dass so geringfügige anatomische Veränderungen im Stande sind, so weitgehende klinische Reactionen hervorzurufen.

Von dieser Erkenntniss zur Annahme, dass auch blosse sog. functionelle Störungen in Ovarien die Ursache schwerer Nervenkrankheit sein können, ist nur ein Schritt. Nur bei Belasteten dürften übrigens solche geringfügige periphere Reize derlei Wirkungen entfalten können.

Der operative Erfolg in dem berichteten Fall rechtfertigt jedenfalls bei solcher Aetiologie die Exstirpation eines gynäkologisch nicht nachweisbar veränderten Ovariums und verlegt den Schwerpunkt für die Entscheidung in den klinischen Befund. Ein Misserfolg in einem ganz analogen Fall, wo erst nach vieljähriger Dauer der Krankheit operirt wurde, legte den Wunsch nahe, dass in solchen Fällen möglichst frühzeitig zur Operation geschritten werde. Liegt es doch nahe, zu vermuthen, dass nach längerer Krankheitsdauer eine analoge „Veränderung“, wie sie im Gehirn des Epileptischen mit Recht vorausgesetzt wird, sich auch bei Hysteria gravis herausbildet und dass dann beliebige anderweitige Organe und Theile des Körpers spasmogen werden können und die Stelle der „Ovarie“ dann spielen.

Nur sehr ausnahmsweise, und nur bei einer so überaus suggestiblen Person, wie es meine Patientin war, wird der Misserfolg einer Suggestivbehandlung, die ja doch nur functionelle Störungen beseitigen kann, Hinweise auf eine anatomische Begründung von Krankheitserscheinungen gestatten.

Pat. hatte das Unglück, nochmals ein experimentum crucis abgeben zu müssen, insofern eine neuerliche Erkrankung, in Gestalt einer l. Adnexenreizung, den früheren Symptomencomplex hervorrief und eine neuerliche Operation nöthig machte, bei welcher diesmal beide Tuben und das mit mehreren kleinen Cysten durchsetzte rechte Ovarium entfernt wurden.

Dieser radikalen Operation verdankte Pat. endlich ihre Erlösung von qualvollem Siechthum und von drohendem Morphinismus.

Im Juni 1898 kam Pat. neuerlich in meine Behandlung wegen eines schweren, angeblich nervösen Magenleidens.

Die Beobachtung und Untersuchung durch Autoritäten ergab, dass es sich um ein Ulcus ventriculi handelte, nicht um Neurose. Neurologisch wurde quoad hysteriam ein vollkommen negativer Befund constatirt, sodass die operative gründliche Beseitigung der früheren Neurose über allen Zweifel erhaben ist.

Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.







